

Sentencia T-770/15

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

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

Contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos o eficaces para proteger el derecho; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión.

CONTRATO DE SEGURO-Elementos esenciales

Es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –en algunas ocasiones también beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero.

CONTRATO DE SEGUROS DE VIDA-Naturaleza

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

Es una irregularidad en la manifestación de voluntad al momento de suscribir el contrato de

seguro. Se presenta cuando el adquirente, al instante de tomar la póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no se encuentra ajustada a la realidad, con lo cual induce a la entidad aseguradora a expedir una cobertura que no corresponde con su verdadera condición.

PREEXISTENCIA-Concepto

Este fenómeno hace alusión a circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. En seguros de vida, permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su fallecimiento.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA ASEGURADORA-Orden de hacer efectiva póliza de Seguro de Vida

Acciones de tutela instauradas por (i) María Fanny Castaño contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (Exp. T-5.089.723); y (ii) Alba Luz Arenas Parada contra la Cooperativa Multiactiva de Educadores de Casanare y MAPFRE Colombia Vida Seguros E.A. (Exp. T-5.119.171).

Derechos invocados: mínimo vital, salud, vivienda digna, igualdad y debido proceso.

Problema jurídico: determinar si las entidades accionadas vulneraron los derechos fundamentales invocados al negar la ejecución de las pólizas de seguros adquiridas bajo el supuesto de preexistencia.

Magistrado Ponente:

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Bogotá D.C., dieciséis (16) de diciembre de dos mil quince (2015).

La Sala Séptima de Revisión de tutelas de la Corte Constitucional, conformada por los

magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub -quien la preside, Alberto Rojas Ríos y Luis Ernesto Vargas Silva, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, y específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de la sentencia del diecisiete (17) de junio de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Único Penal del Circuito de Calarcá, Quindío, que confirmó la sentencia de primera instancia dictada por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, el día 06 de mayo de 2015, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada por la señora María Fanny Castaño contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Asimismo, de la sentencia del once (11) de mayo de dos mil quince (2015), pronunciada por el Juzgado Primero Penal Municipal de Yopal, que decretó en única instancia como improcedente la acción de tutela entablada por la señora Alba Luz Arenas Parada contra la Cooperativa Multiactiva de Educadores del Casanare y MAPFRE Seguros Colombia S.A.

Los expedientes T-5.089.723 y T-5.119.171 fueron seleccionados y acumulados por presentar unidad de materia para ser fallados en una sola sentencia.

En consecuencia, la Sala procede a exponer los antecedentes, pruebas y las decisiones judiciales de cada uno de los expedientes:

1. ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 de la Constitución Política y 33 del Decreto 2591 de 1991, la Sala de Selección Número Nueve de la Corte Constitucional escogió, para efectos de su revisión, la acción de tutela de la referencia.

De conformidad con el artículo 34 del Decreto 2591 de 1991, esta Sala de Revisión procede a dictar la Sentencia correspondiente.

1.1. EXPEDIENTE T-5.089.723.

1.1.1. Solicitud.

La señora María Fanny Castaño interpone acción de tutela con el propósito de obtener la protección de sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, a la igualdad, al debido proceso y al mínimo vital, presuntamente conculcados por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., al negar la ejecución de la póliza de seguro de vida que cubría el riesgo en caso de enfermedad grave.

1.1.2. Hechos.

1.1.2.1. La accionante manifiesta que en el mes de marzo del año 2014 adquirió un crédito con la entidad financiera BANCAMÍA S.A., por un monto de \$5.000.000, diferido a 36 meses, con cuotas mensuales de \$275.000, amparada con póliza de seguro de vida. Agrega que, sin embargo, en estos momentos sufre problemas de salud, concretamente, cáncer de útero y diabetes mellitus, los cuales no le permiten generar ingresos, de manera que el día 30 de enero de 2015 solicitó el estudio de su condición para hacer efectiva la póliza de seguro que había adquirido.

1.1.2.2. Relata que el día 26 de febrero de 2015, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. dio respuesta a su petición, mediante escrito en el cual señaló que la póliza adquirida sólo cubría riesgo en caso de: cáncer, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, infarto al miocardio, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias y esclerosis múltiple. Asimismo, menciona que la entidad financiera indicó que luego de revisada su historia clínica, se había determinado que su padecimiento consiste en litiasis renal, patología que no cumple las condiciones requeridas por la póliza.

1.1.2.3. En consecuencia, interpuso acción de tutela el día 21 de abril de 2015, toda vez que asegura depender de la venta de arepas y tener un estado de salud que no le permite generar ingresos. Además, estima incomprensible que la entidad aseguradora no haya advertido que en su historia clínica se encuentra expreso que ella sufre de cáncer y diabetes mellitus.

1.1.3. Traslado y contestación de la demanda.

Recibida la acción de tutela, el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, profirió auto mediante el cual ordenó correr traslado a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para que se pronunciara sobre los hechos y pretensiones contenidas en el expediente.

1.1.3.1. Respuesta de BBVA Seguros de Vida S.A.

1.1.3.1.1. Mediante escrito presentado el día 29 de abril de 2015, esta entidad financiera dio respuesta a la acción de tutela y se opuso a los hechos y pretensiones contenidas en ella. Sobre el particular, manifestó que se permitió objetar un seguro de carácter voluntario, no asociado con obligación alguna, de manera que no puede existir violación a derecho fundamentales por el no pago justificado del mismo.

1.1.3.1.2. De igual forma, expuso que los términos y condiciones de la póliza adquirida, establecen claramente que se cubrirán aquellos padecimientos determinados en el documento y que hayan sido descubiertos medicamente por primera vez durante la vigencia del seguro. De esta manera, afirmó que no era posible acceder a la petición de la señora María Fanny Castaño, pues su historia clínica muestra que padece de cáncer con anterioridad a junio de 2011, fecha en la que adquirió la póliza.

1.1.3.1.3. Por otra parte, sostuvo que la acción de tutela es improcedente en esta ocasión, toda vez que la peticionaria no adelantó las acciones ordinarias correspondientes para este tipo de reclamaciones por vía judicial y, además, no se encuentra ante la ocurrencia inminente de un perjuicio irremediable.

1.1.3.2. Respuesta de la entidad financiera BANCAMÍA S.A.

1.1.3.2.1. El día 08 de mayo de 2015, esta entidad presentó escrito a través del cual se opuso a los hechos y pretensiones planteadas por la actora en el expediente de tutela. Sostuvo que ha desembolsado dos créditos a la peticionaria, aprobados el 10 de febrero y el 20 de junio de 2014; y además, el 03 de febrero de 2015, recibieron la solicitud para hacer efectiva la póliza de seguro adquirida, a lo cual dieron respuesta el 10 de febrero de 2015, mediante escrito por el que solicitaron allegar una serie de documentos.

1.1.3.2.2. Aseguró que BANCAMÍA S.A. no ha violado los derechos fundamentales invocados por la accionante, toda vez que esta compañía se encuentra registrada en Cámara de Comercio como un entidad financiera que presta servicios de microfinanzas, por lo cual no es una entidad aseguradora ni se encuentra sometida a su régimen legal. En este sentido, agregó que no tiene injerencia alguna en la procedencia de pagos por indemnizaciones relacionadas con contratos de seguros.

1.1.3.2.3. Igualmente, señaló que la accionante no demostró haber hecho uso de los mecanismos legales ordinarios con los cuales contaba para presentar su reclamación; así como tampoco ha solicitado a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. la reconsideración de la objeción al pago de los seguros que reclama, hecho mínimo que no representa carga adicional alguna para ella.

1.1.4. Decisiones judiciales.

1.1.4.1. Decisión de primera instancia.

1.1.4.1.1. El día 06 de mayo de 2015, el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, profirió sentencia por la cual declaró improcedente la acción de tutela instaurada en relación con las pretensiones frente a BANCAMÍA S.A., al estimar que los informes presentados por ésta entidad financiera lograron demostrar que los créditos adquiridos por la actora se encuentran al día y no existe ejecución alguna por incumplimiento de pago. Asimismo, agregó que la accionante no logró probar que, para efectos de continuar con el pago de sus cuotas, tenga que dejar de satisfacer sus necesidades básicas.

1.1.4.1.2. Por otra parte, en relación con las pretensiones formuladas contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., decretó su incumplimiento por no dar respuesta oportuna al derecho de petición elevado por la actora el día 30 de enero de 2015, de manera que ordenó a ésta entidad, que en el término de 48 horas contadas a partir de la notificación del fallo, procediera a realizar un estudio minucioso sobre la historia clínica de la accionante y, con base en éste, emitir respuesta de conformidad con los requisitos jurisprudenciales para estos efectos.

1.1.4.2. Impugnación

Inconforme con la decisión de primera instancia, la parte actora interpuso impugnación del fallo, sin presentar razones al respecto.

1.1.4.3. Decisión de segunda instancia.

1.1.4.3.1. Mediante sentencia proferida el día 17 de junio de 2015, el Juzgado Único Penal del Circuito de Calarcá, Quindío, confirmó en todas sus partes la decisión de primera instancia, al considerar que la accionante no agotó los mecanismos judiciales que tenía a su

disposición, como el proceso ordinario por responsabilidad civil contractual, escenario propicio para este tipo de reclamaciones. En este mismo sentido, indicó que tampoco se demostró la amenaza de un perjuicio irremediable, ni una afectación al mínimo vital, pues la actora genera ingresos con la venta de arepas, además, para el momento en que adquirió la póliza de seguro, demostró tener ingresos para respaldar la obligación contraída.

1.1.4.3.2. En relación con el silencio guardado por el BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. frente a la reclamación presentada por la actora ante BANCAMÍA S.A., estimó que se presentó una vulneración al derecho fundamental de petición de la accionante, pues si bien se había dado respuesta el día 26 de febrero de 2015, la misma había sido extemporánea y por fuera de los márgenes contemplados en el artículo 23 de la Constitución Política. Explicó que la motivación del escrito presentó dos contradicciones, toda vez que en el primer punto indicó “a saber, cáncer”, mientras que el segundo punto expresó que la actora padece de litiasis renal, sobre lo cual se redujo a sostener que no es una enfermedad grave.

1.1.5. Pruebas documentales obrantes dentro del expediente.

Obran en el expediente, entre otras, las siguientes:

1.1.5.1. Copia de respuesta emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. el día 26 de febrero de 2015, por medio de la cual expresan a la accionante que se permiten objetar la reclamación de la póliza adquirida, por cuanto la enfermedad que padece no se encuentra dentro de las señaladas en el contrato (Cd. 1, fl. 6).

1.1.5.2. Copia de derecho de petición presentado por la señora María Fanny Castaño a la entidad financiera BANCAMÍA S.A., a través del cual solicitó la ejecución de la póliza de seguro adquirida con el propósito de cubrir el crédito en caso de enfermedad grave (Cd. 1, fl. 7).

1.1.5.3. Copia de la historia clínica de la señora María Fanny Castaño, expedida por ESE Hospital La Misericordia de Calarcá (Cd. 1, fl. 8-47).

1.2. EXPEDIENTE T-5.119.171.

1.2.1. Solicitud.

1.2.2. Hechos.

1.2.2.1. Señala que la Cooperativa Multiactiva de Educadores del Casanare le otorgó tres créditos: (i) No. 131000829 por valor de \$20.500.000, con vencimiento en mayo de 2020; (ii) No. 131002062 por \$2.000.000, con vencimiento a octubre del 2015; y (iii) No. 131003050 por monto de \$28.100.000, con vencimiento a marzo de 2019, los cuales se encontraban amparados con pólizas de seguros de vida: (i) No. 2106411300011, con vigencia del 01 de abril de 2012 al 01 de enero de 2013; (ii) No. 2106410900005, con vigencia del 01 de enero de 2013 al 01 de enero de 2014; y (iii) No. 2106411900011, con vigencia del 01 de abril de 2014 al 01 de abril de 2015. Agrega que a raíz de ciertos problemas de salud, fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 96%, por estrés laboral, según dictamen de invalidez emitido el día 18 de octubre de 2012 por Medicol Salud UT Casanare.

1.2.2.2. Aduce que es madre cabeza de familia a cargo de dos menores de edad y además depende de una pensión de invalidez que le fue reconocida mediante Resolución No. 1409 de 2014, por un valor de \$716.654.00, que se convierte en su única fuente de sustento. Asimismo, menciona que antes de dicho padecimiento, ella cumplía en forma oportuna con las cuotas pactadas; no obstante, en la actualidad no cuenta con otra fuente de ingresos y por su estado de salud no puede trabajar.

1.2.2.3. Indica que presentó derecho de petición ante la Cooperativa Multialtiva de Educadores de Casanare, con el fin de obtener la ejecución de las pólizas adquiridas, en virtud del estado de salud que padece; sin embargo, alega que la aseguradora MAPFRE negó a dicha entidad financiera la aplicación del amparo, bajo el argumento que ella padece de trastorno depresivo, cuando en realidad fue pensionada por estrés laboral.

1.2.2.4. Manifiesta que a pesar del conocimiento que tienen las entidades financieras sobre su estado de salud, constantemente es hostigada y asediada a través de llamadas telefónicas y comunicaciones donde la amenazan con el despojo de su vivienda. Asegura que esto agrava su estado de salud, pues le genera cuadros de estrés progresivo y continuo.

1.2.2.5. A raíz de lo descrito, interpuso acción de tutela el día 20 de abril de 2015, pues arguye que se encuentra en grave estado de salud y el necesita la ejecución de

las pólizas adquiridas con para con ello no afectar su mínimo vital ni el de su familia. Además, reclama que en el momento de pactar las obligaciones, las entidades accionadas no le preguntaron sobre enfermedades preexistentes o congénitas, así como tampoco le informaron sobre las exclusiones que hacían nugatorias las aplicaciones de amparo.

1.2.3. Traslado y contestación de la demanda.

Una vez sometido a reparto el expediente correspondiente al asunto que se analiza en esta ocasión, correspondió al Juzgado Primero Penal Municipal de Yopal avocar el conocimiento de este proceso. Al respecto, mediante auto proferido el día 20 de abril de 2015, el despacho admitió la acción de tutela y ordenó correr traslado a la contraparte para que ejerciera su derecho a la defensa.

1.2.3.1. Respuesta de la Cooperativa Multiactiva de Educadores de Casanare -COOMECA-.

1.2.3.1.1. Mediante escrito presentado el día 23 de abril de 2015, esta entidad financiera se opuso a los hechos y pretensiones contenidos en el expediente, sobre los cuales adujo que la acción de tutela entablada por la señora Alba Luz Arenas Parada es improcedente frente a la Cooperativa, toda vez que no tiene competencia alguna para modificar o variar la situación jurídica y económica de la accionante.

1.2.3.1.2. De igual forma, expuso que la inconformidad de la señora Arenas radica en la negativa de MAPFRE Seguros en ejecutar sus pólizas de seguro de vida, con ocasión a padecimientos preexistentes al momento de contraer las obligaciones, lo cual no compete jurídica ni contractualmente a COOMECA. En este sentido, explicó que el codeudor, al momento de asumir con su firma el respaldo solidario de las obligaciones, es consciente del compromiso que asume, de manera que también es ajeno a la Cooperativa la pretensión de la parte actora dirigida a no cobrar a su codeudor, pues se encuentra legitimada para adelantar esta actuación.

1.2.3.2. Respuesta de MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A.

1.2.3.2.1. El día 11 de mayo de 2015, esta entidad aseguradora presentó escrito por medio del cual se opuso a los hechos y pretensiones alegados por la señora Alba Luz Arenas

Parada dentro del proceso. Sobre el particular, expuso los siguientes argumentos:

1.2.3.2.2. En primer lugar, señaló que por virtud del artículo 6 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela que se estudia es improcedente, puesto que en este asunto se debate un tema de connotación exclusivamente contractual privada y mercantil. En este sentido, indicó que la actora pretende el pago de una sumas de dinero derivadas del contrato de Póliza de Vida Grupo Deudores, de manera que debe ejercer las acciones civiles ordinarias dispuestas para estos efectos, pues la acción de tutela no es medio judicial idóneo para obtener la satisfacción de una pretensión de esta naturaleza.

1.2.3.2.3. En segundo lugar, adujo que existe una casual de exoneración contractualmente establecida y debidamente acreditada, por lo cual, la objeción presentada por MAPFRE Seguros frente a la reclamación de la accionante se encuentra debidamente fundamentada y en este sentido no se encuentra obligada al pago de suma de dinero alguna. Así, explica que la historia clínica de la accionante muestra que sufre de trastorno depresivo, el cual se encuentra por fuera de los eventos cubiertos por la póliza de seguro adquirida.

1.2.3.2.4. En tercer lugar, sostuvo que la causal de enfermedad mental se encuentra expresamente excluida de amparo, de conformidad con el inciso 4 del numeral 1.2.1. del contrato, el cual establece que no habrá lugar a indemnización en estos eventos. Por esta razón, afirma que no existe vulneración alguna los derechos fundamentales de la accionante, pues el artículo 1056 del código Civil otorga plena autonomía a las entidades aseguradoras para delimitar la cobertura del riesgo.

1.2.4. Decisión judicial.

Mediante sentencia proferida el 11 de mayo de 2015, el Juzgado Primero Penal Municipal de Yopal declaró improcedente la acción de tutela instaurada por la señora Alba Luz Arenas Parada, en consideración a las siguientes razones:

1.2.4.1.1. En primer lugar, señaló que el asunto sometido a consideración se circunscribe dentro de la jurisdicción civil y no constitucional, pues se trata de un tema de carácter contractual y mercantil, cuya competencia corresponde al juez ordinario dilucidar. Además, sostuvo que la accionante aún no ha agotado dichos mecanismos de reclamación ordinaria, sino que acudió directamente a la acción de tutela, sin cumplir con esto el

requisito de subsidiariedad que enmarca la legislación.

1.2.4.1.2. En segundo lugar, aseguró que la peticionaria no demostró encontrarse ante la amenaza inminente de un perjuicio irremediable para su vida y la de su familia, pues no fue suficiente afirmar que es madre cabeza de familia y que su mesada pensional no le alcanza para sostener el crédito y sus necesidades, sino que era necesario demostrar la afectación material a su mínimo vital.

1.2.4.1.3. En tercer lugar, expuso que la Cooperativa COOMECA tiene la obligación legal de proceder a efectuar el cobro de las sumas contenidas en los créditos adquiridos, sin tener posibilidad de interrumpir la ejecución, toda vez que la aseguradora negó la condonación de la deuda. De igual forma, estimó que MAPFRE Seguros Colombia explicó debidamente a la accionante las razones por las cuales negaba el amparo solicitado.

1.2.5. Pruebas documentales obrantes dentro del expediente.

Obran en el expediente, entre otras, las siguientes:

1.2.5.1. Copia de solicitud de seguros de vida presentada el día 25 de abril de 2014 por la señora Alba Luz Arenas Parada ante MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., donde sólo se encuentran diligenciadas las casillas respectivas a los datos personales de la peticionaria, pero las otras se encuentran tachadas (Cd. 2, fl. 5).

1.2.5.2. Copia del escrito presentado por la señora Alba Luz Arenas Parada ante la compañía de seguros MAPFRE, mediante el cual solicita el amparo de los créditos con ocasión de la invalidez otorgada por el médico laboral (Cd. 2, fls. 6-7).

1.2.5.3. Copia de escrito emitido el 29 de octubre de 2014, mediante el cual MAPFRE Colombina Vida Seguros S.A. dio respuesta a la petición de cubrimiento de riesgo presentada por la señora Alba Luz Arenas Parada, donde le informan que su padecimiento no se encuentra dentro de las afectaciones cubiertas por la póliza (Cd. 2, fls. 8-9).

1.2.5.4. Copia de escrito presentado por la señora Alba Luz Arenas Parada ante COOMECA, a través del cual solicitó la realización de un estudio sobre su condición para determinar la viabilidad en la ejecución de la póliza (Cd. 2, fls. 12-15).

1.2.5.5. Copia de escrito presentado por la señora Alba Luz Arenas Parada ante COOMECA, por el cual solicitó la prórroga de sus créditos y la suspensión de los cobros a sus codeudores, hasta por lo menos tres meses mientras ella alcanzaba a solucionar el problema (Cd. 2, Fls. 20-21).

1.2.5.6. Copia de respuesta emitida el 09 de febrero de 2015 por COOMECA a la señora Alba Luz Arenas Parada, por la cual le informaron que no es posible suspender la ejecución del crédito por un año, pues es imposible detener la gestión de cobro y el reporte a las centrales de riesgo (Cd. 2, Fls. 16-20).

1.2.5.7. Copia de oficio remitido a la señora Alba Luz Arenas Parada por parte de COOMECA, mediante el cual le informan que al no haberse acercado a cancelar la obligación, procederán a reportarla junto a su codeudor ante la central de riesgo, con su respectivo cobro jurídico (Cd. 2, fl. 22).

1.2.5.8. Copia de formulario único para determinación de pérdida de la capacidad laboral y dictamen de invalidez de la señora Alba Luz Arenas Parada, emitido por Fiduprevisora S.A., donde consta una pérdida de la capacidad laboral de un 96%, con fecha de estructuración el día 31 de octubre de 2012, como consecuencia de antecedentes por estrés laboral (Cd. 2, fls. 23-24).

1.2.5.9. Copia de Resolución No. 1409 de 2014, proferida por la Gobernación de Casanare el día 11 de junio de 2014, por la cual le reconocieron a la señora Alba Luz Arenas Parada una pensión de invalidez por valor de \$716.645.00, efectiva a partir del 1º de mayo de 2014 (Cd. 2, fls. 25-30).

2. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

2.1. Competencia y oportunidad.

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, en desarrollo de las facultades conferidas en los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución, es competente para revisar el fallo de tutela del proceso de esta referencia. Además, procede la revisión en virtud de la selección realizada por la Sala correspondiente y del reparto del once (11) de octubre de dos mil trece (2013), verificado en la forma establecida por el

reglamento de la Corporación.

2.2. Legitimación.

2.2.1. Los artículos 86 de la Constitución, 10 del Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia de esta Corporación, han sostenido que es titular de la acción de tutela cualquier persona a la que sus derechos fundamentales le resulten vulnerados o amenazados, de forma que pueda presentarla por sí misma o por medio de un tercero que actúe en su nombre. Por tanto, estas personas pueden invocar directamente la protección constitucional o, pueden hacerlo a través de terceros que sean sus apoderados, representantes o agentes oficiosos, para el caso de las personas que no se encuentran en condiciones de interponer la acción por sí mismas.

2.2.2. Así las cosas, en la sentencia T-1259 de 2008, que a su vez cita la sentencia T- 531 de 2002, la Corte señaló cuatro situaciones en las que se tiene legitimación en la causa por activa para el ejercicio de la acción de tutela, las cuales son: (i) mediante su ejercicio directo por parte del afectado; (ii) a través de representantes legales (caso de los menores de edad, los incapaces absolutos, los interdictos y las personas jurídicas); (iii) por medio de apoderado judicial (caso en el cual el apoderado debe ostentar la condición de abogado titulado y al escrito de acción se debe anexar el poder especial para el caso o en su defecto el poder general respectivo); y (iv) por agente oficioso[1]. Sobre el particular, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 establece que:

“ARTICULO 10. LEGITIMIDAD E INTERES. 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 podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”.

2.2.3. Bajo este entendido, encontramos que la ley autoriza a los interesados en hacer

defender sus derechos fundamentales para que puedan ejercer la acción de tutela de manera directa o sean representados mediante apoderados judiciales que sustenten las razones de su inconformidad. Así las cosas, en el caso sub examine, es evidente que los escritos por los cuales se invoca la protección constitucional, fueron presentados directamente por las personas que alegan vulneración en sus derechos fundamentales.

3. PROBLEMA JURÍDICO

Dentro de los casos puestos a consideración de la Sala Séptima de Revisión en esta ocasión, las accionantes alegan que sus derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud, al debido proceso, a la vivienda digna y a la unidad familiar, fueron vulnerados por las entidades accionadas, en consideración a una presunta preexistencia de afecciones sobre las cuales no recaen los amparos de la pólizas adquiridas. Por esta razón, solicitan a esta Corte estimar las condiciones que afrontan para cancelar las cuotas correspondientes a la parte de los créditos insolutos, toda vez que no cuentan con suficientes recursos económicos para mantener una estabilidad que les ayude a cumplir íntegramente con la obligación sin verse ante la amenaza de un perjuicio irremediable.

De conformidad con lo descrito, la Sala observa la necesidad de determinar si en esta oportunidad, las entidades financieras y aseguradoras demandadas vulneraron los derechos fundamentales de las señoras María Fanny Castaño y Alba Luz Arenas Parada al negar la ejecución del amparo contenido en las pólizas de seguro de vida adquiridas con el fin de cubrir el pago de las obligaciones ante la ocurrencia de uno de los riesgos estipulados en los contratos.

Para resolver la cuestión planteada, el análisis que se desarrollará en esta ocasión, abordará los siguientes temas: (i) en primer lugar, la procedencia de la acción de tutela, concretamente, cuando se interpone contra entidades aseguradoras; (ii) en segundo lugar, el contrato de seguro; (iii) en tercer lugar, el seguro de vida como relación contractual vinculada con los derechos fundamentales; (iv) en cuarto lugar, la preexistencia como elemento que excluye el cubrimiento del riesgo; y, finalmente se solucionará el caso concreto.

3.1. PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA.

La acción de tutela ha sido definida como un mecanismo constitucional subsidiario y expedito que permite extender la protección judicial en aquellos eventos en los cuales existe vulneración de los derechos fundamentales de los ciudadanos y se requiere de una intervención pronta e inmediata de la autoridad pública. Puede ser ejercida por toda persona en defensa de sí misma o en representación de un tercero cuando éste no se encuentre en condiciones físicas, mentales o circunstanciales para la defensa de sus derechos fundamentales. A su vez, puede interponerse contra personas naturales y jurídicas cuando exista violación o amenaza a los derechos fundamentales de quien solicita la protección; no obstante, el ejercicio de esta acción requiere, por regla general, que se reúnan los siguientes elementos:

3.1.1. Subsidiariedad.

Significa que la acción de tutela es una herramienta residual del sistema jurídico, es decir, que para valerse de la misma es necesario emplear previamente las demás acciones que el ordenamiento ha previsto para cada situación jurídica concreta. De esta forma, el desconocimiento de este requisito conlleva inexcusablemente, por regla general, a la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela como consecuencia que emerge de haber desplazado las funciones de las otras jurisdicciones del ordenamiento jurídico[2].

3.1.1.1. A través de sentencia SU-599 de 1999[3], esta Corporación declaró que la subsidiariedad implica la imposibilidad de ejercer la acción de tutela cuando: (i) no se hizo uso de las herramientas jurídicas dispuestas por la legislación para el reclamo de derechos en la situación concreta; (ii) se ejercieron en forma extemporánea los mecanismos de defensa o reclamo jurídico; o (iii) con el propósito de pretermitir las instancias ordinarias en busca de una pronta respuesta de la justicia[4].

3.1.1.2. De igual forma, mediante sentencia T-406 de 2005[5], esta Corte expresó que el fundamento constitucional de este requisito consiste en evitar que la naturaleza restrictiva de la acción de tutela se vea desnaturalizada por un uso ordinario y común que la convierta en una herramienta principal de protección de derechos, toda vez que la Constitución y la ley han estructurado todo un amplio sistema de competencias para el empleo de la jurisdicción y la defensa de los derechos, el cual se desarrolla en forma coherente con todo el cuerpo constitucional y ofrece diversos mecanismos jurídicos

de acuerdo a la naturaleza de cada asunto[6].

3.1.1.3. Sin embargo, el artículo 86 Superior estableció una excepción a la regla de subsidiariedad y residualidad de la acción de tutela, al permitir hacer uso de éste mecanismo como herramienta transitoria para evitar la consolidación de un perjuicio grave e irremediable para el actor[7]. Igualmente, el artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 adicionó otra excepción a la regla de subsidiariedad, al considerar la procedencia de la acción de tutela cuando el mecanismo de defensa ordinario no resulte idóneo para la protección de los derechos fundamentales.

3.1.1.4. En suma, la acción de tutela es un mecanismo judicial efectivo que se encuentra orientado a la protección de los derechos fundamentales y cuyo ejercicio requiere de la utilización previa de todos los mecanismos ordinarios con los cuales se cuenta para resolver cada caso concreto. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado dos eventos en los cuales es posible prescindir de este requisito, a saber: (i) cuando el actor se encuentra en una situación apremiante por la posible configuración de un perjuicio irremediable; y (ii) porque los mecanismos de reclamo judicial con los que cuenta no alcanzan a ser eficientes para lograr una protección constitucional oportuna[8].

3.1.2. Inmediatez.

3.1.2.2. Sobre la razonabilidad del plazo, mediante sentencia SU-961 de 1999[11], que se constituye como la primera providencia en desplegar un análisis concreto sobre el asunto, la Sala Plena manifestó que la inexistencia de un término de caducidad para el ejercicio de la acción de tutela no implica que ésta no deba presentarse en un plazo razonable, es decir, dentro de un lapso que no afecte derechos de terceros y evite desnaturalizar la acción. Este término se encuentra determinado por la finalidad misma que persiga el escrito de tutela y será ponderado por el juez constitucional de conformidad a las características de cada caso concreto[12].

De igual forma, la Sala indicó que no es posible acceder a la admisión de una acción de tutela en aquellos eventos en los que no se ejercieron oportunamente los mecanismos de reclamo judicial ordinarios que ha contemplado la legislación para la naturaleza jurídica de cada caso, por cuanto es procedente aplicar analógicamente el principio establecido en

la sentencia C-543 de 1992[13], según el cual no puede alegarse en beneficio propio la omisión.

3.1.2.3. Posteriormente, la Sala Plena de esta Corte reiteró dicha tesis mediante sentencia C-590 de 2005[14], cuando definió los requisitos generales y específicos de procedencia de la acción de tutela. Al respecto, sostuvo la Sala que las acciones de tutela deben cumplir con un plazo inmediato, es decir, que deben presentarse dentro de un término proporcionado desde el momento en que se presentó la vulneración del derecho para evitar que se afecten los principios de seguridad jurídica y cosa juzgada, ya que en sentido contrario se generaría una confusión en las decisiones judiciales que opacaría la eficacia de las herramientas institucionales para el reclamo y defensa de los derechos[15].

3.1.2.4. En síntesis, la Constitución Política y el precedente constitucional han establecido que la acción de tutela se enmarca dentro de un procedimiento preferente y sumario, dirigido a evitar o interrumpir la afectación que sufre un ciudadano respecto a sus derechos fundamentales. De esta forma, el juez constitucional debe evaluar en cada caso concreto la diligencia desplegada por el peticionario en relación con la urgencia de la medida y establecer si el actor realmente se encuentra ante una vulneración presente de sus derechos fundamentales[16].

3.1.3. Procedencia de la acción de tutela contra entidades aseguradoras.

3.1.3.1. Las actividades financiera, bursátil y aseguradora han sido calificadas por la Constitución Política como un servicio público basado en la captación, manejo e inversión de grandes cantidades de dinero procedentes de toda la población[17], razón por la cual, las entidades y empresas que ejercen esta actividad comercial se encuentran sujetas a una serie de responsabilidades particulares, que las someten a obligaciones susceptibles de ser demandadas ante las autoridades judiciales de carácter civil y comercial. Sin embargo, el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 establece la posibilidad que tienen las personas de ejercer la acción de tutela, en aquellos eventos en los cuales consideren que sus derechos fundamentales han sido vulnerados por un particular que presta un servicio público[18], no obstante el juez deberá valorar cada caso concreto.

3.1.3.2. Lo anterior significa que el ejercicio de la acción de tutela siempre deberá

encausarse dentro de los márgenes procesales dispuestos para ella, es decir, que siempre será necesario agotar los mecanismos ordinarios que se tienen al alcance para el reclamo y defensa de los derechos, especialmente en aquellos asuntos que tienen una jurisdicción particular para resolver sus litigios, pues la protección constitucional ha sido concebida por el legislador como un amparo que debe extenderse en circunstancias donde efectivamente exista una violación a derechos fundamentales.

3.1.3.3. Ahora bien, como sucede en todos los eventos relacionados con acciones de tutela que versan sobre asuntos de carácter ordinario, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de las mismas cuando en ellas se encuentre demostrada: (i) que el mecanismo judicial con el cual se cuenta no es eficaz o idóneo para lograr la protección; y (ii) cuando sea para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable para el actor[19]. Además, la jurisprudencia ha reconocido que en los eventos en que se presentan acciones de tutela por sujetos que gozan de especial protección constitucional, la valoración sobre la ocurrencia del perjuicio irremediable debe ser más comprensiva o flexibilizarse de acuerdo a las condiciones del peticionario[20].

3.1.3.4. Así las cosas, si bien es cierto que para problemas surgidos con entidades bursátiles, financieras o aseguradoras se encuentra concebido un marco procesal civil y comercial dirigido a canalizar el estudio de estos asuntos a través de la vía ordinaria, no es menos cierto el hecho que los negocios pactados con dichas compañías revisten la particularidad de recaer sobre una relación contractual en la cual puede presentarse un desbalance que ubique a las mismas en una condición de ventaja frente a la otra parte del acuerdo, casos en los que se configura un estado de indefensión que permite prescindir de la vía ordinaria y admitir la acción de tutela de manera excepcional.

3.1.3.5. En ese sentido, para la procedencia de este tipo de acciones de tutela, la jurisprudencia constitucional ha agregado otro elemento, de acuerdo al cual, el juez deberá examinar en cada caso concreto si existe un relación de desigualdad negocial que ubique al actor en un plano de indefensión[21]. Adicionalmente, también ha determinado que el accionante debe demostrar que no cuenta con recursos económicos suficientes para continuar con el pago de la deuda[22].

3.1.3.6. De igual forma, a través de sentencia T-751 de 2012[23], la Sala Primera

de Revisión de esta Corte explicó que a partir de la lectura del precedente constitucional, se logra desprender que en materia de acciones de tutela contra compañías aseguradoras, el juez deberá considerar su procedencia cuando en ellas logre advertir una amenaza o vulneración a los derechos fundamentales a la vida, a la salud o al mínimo vital. De esta manera, expuso que si el litigio involucra asuntos estrictamente económicos, el mismo deberá ventilarse por medio de la vía ordinaria, aunque deberá avocarse el conocimiento de la acción cuando sea con el propósito de proteger estos derechos fundamentales, pues el proceso civil puede no ser idóneo[24].

3.1.3.7. En este orden de ideas, mediante sentencia T-136 de 2013[25], esta Corporación conoció de una acción de tutela interpuesta por un peticionario que había adquirido una póliza de seguro de vida para amparar un crédito hipotecario, aunque su ejecución había sido negada por la entidad aseguradora demandada pues había sobrepasado la edad de 69 años que debe tenerse para este tipo de pólizas. En esta oportunidad, la Sala consideró que el accionante era un sujeto de especial protección constitucional que se hallaba en estado de indefensión frente a la entidad aseguradora, pues del contrato se había demostrado que la entidad demandada nunca puso la edad de 70 años como límite para hacer efectiva esta póliza y esto lo estaba colocando frente a un posible perjuicio irremediable porque amenazaba con perder su casa.

3.1.3.8. En el mismo sentido de lo expuesto, por medio de sentencia T-865 de 2014[26], la Sala Sexta de Revisión de esta Corporación explicó que frente a la procedencia de acciones de tutela contra entidades aseguradoras, será necesario analizar si la reclamación en la ejecución de la póliza puede generar una consecuencia que materialice un perjuicio irremediable para el tomador, puesto que no cuenta con recursos suficientes para garantizar su mínimo vital. En estos eventos, el Estado no puede exigirle al individuo el agotamiento de vías judiciales que no serían idóneas para resolver rápidamente el asunto, sino que se encuentra en la obligación de tramitar de forma urgente la petición para con ello evitar la afectación[27].

3.1.3.9. En síntesis, la actividad aseguradora es una labor de carácter financiero que debe resolver sus litigios en el marco de la jurisdicción ordinaria. No obstante, contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos o

eficaces para proteger el derecho; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión.

3.2. EL CONTRATO DE SEGURO.

3.2.1. Es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –en algunas ocasiones también beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero. Su creación ha sido el producto de la evolución que han sufrido las costumbres mercantiles en occidente, las cuales partieron de la misma necesidad que tiene el ser humano por desarrollar mecanismos que le brinden condiciones de protección y seguridad en cada uno de los aspectos de su vida, para con ello obtener el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia.

3.2.2. Las características de este contrato hacen que se encuentre dentro de la esfera privada, en cuanto se desarrolla sobre el plano de la voluntad de las partes. Así las cosas, este acuerdo se caracteriza por perfeccionarse entre un asegurador y un tomador, donde el primero es quien asume los riesgos previamente determinados por su voluntad, mientras que el segundo se obliga por cuenta propia o ajena a trasladar los riesgos, hecho que califica a este contrato como *uberrimae fidae*, es decir, que para la validez de sus efectos se requiriere un estricto apego a la buena fe de las partes y a la claridad a la hora de manifestar las condiciones que permea la voluntad negocial.

3.2.3. La jurisprudencia de esta Corporación se ha pronunciado en relación con la naturaleza de este contrato. Mediante sentencia C-232 de 1997[28], la Sala Plena examinó una demanda de inconstitucionalidad entablada contra el artículo 1058 del decreto Ley 410 de 1971, “Por el cual se expide el Código de Comercio”, en el que se enmarca la obligación a cargo del tomador de la póliza en declarar su estado de riesgo de manera clara y precisa al momento de perfeccionar el contrato[29]. Para esta ocasión, la Sala explicó que la captación masiva de dinero proveniente de todos los sectores hacía que la actividad

aseguradora fuera definida como de interés público.

Igualmente, sostuvo que la infidelidad del tomador al momento de presentar su estado de riesgo conlleva a que el seguro se encuentre fundado en el error y, en consecuencia, exista un vicio ab initio del contrato que lo saque del ordenamiento jurídico a través de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa[30]. En este mismo sentido, expone que en estos eventos, la relación causal que debe observarse es aquella que vincula el error o el dolo con el consentimiento del asegurador, para lo cual cita las consideraciones del profesor J. Efrén Ossa G. sobre este tema[31]:

“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”.

3.2.3.1. Conforme a lo descrito, la Sala expresó que las nulidades relativas consagradas en el artículo demandado, se encuentran dirigidas a restablecer el equilibrio roto del contrato, pues responden al hecho que el error del tomador se supone “inculpable” e irreprochable, de manera que esta solución es equitativa y razonable, porque a pesar de ser una conducta que inspira la necesidad de ser sancionada en forma distinta y más leve, “de todas maneras conduce a una tarificación menor e inapropiada para el asegurador, que objetivamente introduce un factor de desequilibrio entre los contratantes”.

3.2.3.2. Por otra parte, en relación con la determinación del riesgo y la verificación de las condiciones de tomador por parte de la entidad aseguradora, la sentencia menciona las ideas de Hernán Fabio López Blanco al respecto, en las cuales se expresa que la compañía aseguradora no se encuentra obligada a realizar “inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera”, toda vez que, el contrato de seguro, “como contrato de ubérrima buena fe, no puede partir de la base

errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente”[32].

3.2.3.3. Adicionalmente, la Sala tomó los conceptos de J. Efrén Ossa, quien fue uno de los redactores del Código de Comercio, para explicar la figura de la reticencia o inexactitud en la declaración de riesgo. Sobre el particular, expuso que los contratos de seguro hacen parte de un régimen especial, más rígido que el derecho común, concebido con el propósito de proteger a la compañía aseguradora y a sus asegurados, quienes desarrollan su relación contractual sobre un estricto apego al principio de buena fe, por ello este ha sido un contrato definido como *uberrimae fidei*[33]. En este sentido, señala que existen eventos en los cuales el tomador de la póliza, sin culpa de su parte, incurre en inexactitudes o reticencias al momento de exponer su estado de riesgo, casos para los cuales, el inciso 3º del artículo 1058 del Código de Comercio otorga a la compañía aseguradora la posibilidad de cancelar sólo un porcentaje de la prestación asegurada[34].

3.2.3.4. En esa misma línea, la Sala sostiene que el tratamiento anterior obedece a la necesidad de impartir una sanción más benigna sobre una conducta “inculpable” del tomador, lo cual emerge como una solución razonable si se considera que “es de menor entidad que la prevista para los eventos de la nulidad relativa del contrato, pero que, técnicamente considerada, de todas maneras conduce a una tarificación menor e inapropiada para el asegurador, que objetivamente introduce un factor de desequilibrio entre los contratantes”. Asimismo, explica que si bien la reducción proporcional de la prestación asegurada es una medida que puede reducirse o suprimirse contractualmente, la misma se encuentra dirigida a restablecer el equilibrio del contrato y en este sentido “no constituye agravio al derecho fundamental a la igualdad y no tiene por qué depender de una relación de causalidad entre lo inexacto u omitido y el siniestro efectivamente causado. En consecuencia, tampoco viola la Constitución”.

3.2.4. Asimismo, mediante sentencia C-269 de 1999[35], la Sala Plena de esta Corporación resolvió una demanda de inconstitucionalidad presentada contra el artículo 82 de la Ley 45 de 1990, “por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones”. En esta providencia, la Sala declaró exequible el artículo demandado,

el cual dispone la terminación automática del contrato de seguro cuando el tomador incurre en mora[36], pero dentro del análisis desplegado por la Corte, se menciona que la actividad aseguradora es un servicio público que habilita al legislador para determinar requisitos y procedimientos más estrictos a los cuales deben ceñirse los contratantes, donde se persigue la protección de la parte más débil, es decir, del asegurado o beneficiario.

En esa misma línea, la providencia menciona que el contrato de seguro se encuentra compuesto por los siguientes elementos: (i) interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable, (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador, de manera que, a falta de uno de ellos, el contrato no desplegará efectos. Así también, el fallo señala que la falta de compromiso del tomador en la declaración de su estado de riesgo rompe el principio de la buena fe contractual, por lo cual le asiste al tomador el deber de diligencia y cuidado para no agredir la confianza del asegurador en el desarrollo del contrato.

3.2.5. De igual forma, en materia de derecho comparado, no es óbice hacer referencia al marco europeo para estos contratos. En este sentido, cabe citar la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Gran Sala), proferida el 1º de marzo de 2011, en el asunto C-236 de 2009, *Association belge des consommateurs Test-Achats y otros vs. Conseil des ministres*, en la que se resolvió la cuestión de si las empresas aseguradoras podían tomar como referencia el sexo del asegurado como elemento de diferenciación en la delimitación de la prima en estos contratos. Para esta oportunidad, el Tribunal decretó de manera categórica que en las relaciones contractuales en las cuales exista un vínculo dirigido a que se haga efectivo un amparo en caso de acaecimiento de un riesgo, las entidades aseguradoras se encuentran en libre determinación para precisar el monto de la prima objeto de la prestación para el tomador.

3.2.5.1. En este orden de ideas, dentro de los Principios de Derecho Europeo sobre Contrato de Seguros[37], es posible observar que desarrollo de los mismos se enfoca en el derecho-deber de información veraz que le asiste a las partes del contrato, de manera que ambas se encuentran constreñidas a ofrecer unos datos íntegros, objetivos y proporcionales acerca de los detalles que impulsan la voluntad negocial. Esta consideración parte del hecho que, dentro de este tipo de relaciones contractuales, uno de los mayores problemas que se presenta para su perfeccionamiento se encuentra en la capacidad de

entendimiento jurídico y práctico del tomador, circunstancia que imprime complejidad a la etapa pre-contractual de este tipo de negocios.

3.2.5.2. Dentro de los estudios del derecho alemán en esta materia, se ha llegado a la conclusión que la fidelidad del tomador de la póliza al momento de declarar su estado de riesgo, debe manifestarse de forma richtig, sorgfältig, verständlich, vollständig y zeitnah (exacto, cuidadoso, comprensible, íntegro y actual)[38]. En este mismo sentido, según lo expone Abel B. Veiga Copo, si bien es cierto que los Principios de Derecho Europeo sobre Contrato de Seguros, en su artículo 2:101, hablan únicamente de deber de información, no es menos cierto el hecho que la declaración del estado de riesgo “no procede sino se hace de un modo completo, veraz, íntegro, claro, transparente”. Por esta razón, el contrato de seguro “[e]s un contrato de buena fe en el que el asegurador y tomador han de ser leales y honestos el uno para con el otro”.

3.2.5.3.

Así también, dentro del derecho español, los artículos 7 y 1258 del CC y 57 del CdC consagran que este tipo de contratos deben ejercerse, interpretarse y ejecutarse de conformidad con la buena fe de las partes, por ser principio rector del desarrollo de toda relación jurídica inter partes. En este sentido, cabe precisar que el doctrinante VEIGA COPO sostiene que la jurisprudencia española ha definido este contrato como uberrimae bonae fide (la STS de 8 de febrero de 1989 (RJ 1989, 761), toda vez que a las partes les asiste el máximo deber de colaboración y reciprocidad para perfeccionar el contrato y para “solventar todas las vicisitudes a las que pueden verse compelidas las partes en el devenir ulterior de las relación jurídica aseguraticia”.

3.2.6. Ahora bien, en la etapa precontractual de este tipo de negocios, las empresas aseguradoras acostumbran solicitar la resolución de preguntas y formularios dirigidos a obtener una visión del estado de riesgo del tomador. De esta manera, el principio de buena fe obliga a estas compañías a formular cuestionamientos relevantes, serios, precisos y que se enfoquen en advertir la información realmente necesaria para determinar la selección o rechazo de los hechos que constituyen riesgo, por lo cual, dichas compañías no podrán presentar ofertas ambiguas, incomprensibles o lesivas para el tomador, pues cabe recordar que es la parte débil del contrato[39].

3.2.7. En virtud de lo expuesto, es claro que en materia de seguros, el principio de buena fe se eleva a su mayor categoría como elemento que soporta la relación contractual, a diferencia de otro tipo de acuerdos de voluntades, donde no se presenta esta realidad con tanta intensidad. Así las cosas, el deber de fidelidad en la manifestación de voluntades siempre será bidireccional, pues, de una parte, corresponde al tomador de la póliza declarar las circunstancias que rodean su estado de riesgo; mientras que, por otra, asiste al asegurador el deber de exponer preguntas claras y precisas para determinar el estado del solicitante.

3.2.8. El contrato de seguro de vida.

3.2.8.1. Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad de contrato, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

3.2.8.2. El interés asegurable hace referencia a la disposición que presentan las partes al momento de manifestar las condiciones y posibilidades del contrato. Por un lado, la entidad aseguradora, una vez conocida la declaratoria de riesgo del interesado, valorará sus condiciones y determinará si accede o no a cubrir el riesgo expuesto, o bajo qué términos lo haría. Por otro lado, el interesado examinará la propuesta y resolverá obligarse al monto que indique la aseguradora.

3.2.8.3. El riesgo asegurable es aquel siniestro posible o probable que se pretende cubrir con el pago de la póliza. Su valoración se hará de conformidad a los hechos y circunstancias declaradas por el interesado al momento de exponer su estado de riesgo, por ello es importante que la manifestación que éste realice sea ajustada a la verdad, pues de acuerdo a ella la entidad aseguradora podrá precisar el monto a cubrir. Por su parte, la prima o precio del seguro hace referencia a la suma o importe que deberá cancelar el

asegurado para obtener la cobertura del riesgo valor[40]. Resulta como producto de la determinación que realiza la entidad aseguradora sobre los hechos y circunstancias expuestas por el tomador de la póliza. En relación con este concepto, el doctrinante VEIGA COPO expone que:

“El riesgo constituye el elemento esencial del contrato de seguro y, como tal, debe ser individualizado y delimitado. Riesgo es, en suma, aquella eventualidad que hace nacer una necesidad. A diferencia pues de otras relaciones contractuales en el que las partes hasta cierto punto, controlan autónomamente los elementos del contrato en el iter contractual, en el contrato de seguro, el asegurador en realidad no es capaz de apreciar en su totalidad el contenido y la solicitud y ulteriormente de la propuesta del tomador. Es decir, de todos los elementos y circunstancias que permiten realmente valorar la entidad e intensidad del riesgo, muchos de ellos están compuestos de datos referentes o bien a cosas, o bien a personas cuyo exacto conocimiento tanto presente como pasado sólo puede ser o estar en condiciones de ser conocido por el asegurado, pues en no pocas ocasiones pertenecerá a su esfera íntima personal. La concreción de esa buena fe jurídica entre las partes, no sólo impregna el contrato sino también toda la legislación del contrato, siendo múltiples los artículos que bien directamente, bien de un modo indirecto alude a la misma a lo largo del articulado”.

3.2.8.4. El último de los elementos que integran el contrato de seguro es la obligación condicional del asegurador, la cual implica que dentro de este contrato el asegurador establece un marco delimitado de acción sobre el cual se desarrolla la ejecución de la póliza adquirida, de manera que únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaece sobre el tomador de la póliza, sino sólo en aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

3.2.8.5. En este orden de ideas, cabe precisar que los elementos descritos deben desenvolverse sobre el plano que extiende el principio de buena fe en los contratos, pues en todos ellos es esencial que la declaratoria de voluntad se encuentre libre de vicios de

voluntad para poder guardar el equilibrio de la relación. Así las cosas, el contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que debe pagar el adquirente. Por esta razón, la declaración que rinde el tomador del seguro al momento de contratar con la entidad aseguradora debe ajustarse a los términos de la verdad y mostrar la real condición de quien la obtiene, de lo contrario esto generaría una nulidad dentro del contrato que haría inviable la ejecución de la póliza.

Sin embargo, al momento de presentarse la declaratoria de estado de riesgo por parte del interesado en la póliza, es posible que se presenten alteraciones en los hechos y circunstancias expuestas que pueden dar lugar a un desequilibrio contractual. En este sentido, se ha logrado identificar dos escenarios en los que puede ocurrir esta anomalía, precisados en las figuras de reticencia y preexistencia.

3.2.9. Reticencia o inexactitud.

3.2.9.1. Es una irregularidad en la manifestación de voluntad al momento de suscribir el contrato de seguro. Se presenta cuando el adquirente, al instante de tomar la póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no se encuentra ajustada a la realidad, con lo cual induce a la entidad aseguradora a expedir una cobertura que no corresponde con su verdadera condición[41]. El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa[42], por ello se genera la nulidad relativa del seguro, a no ser que la inexactitud provenga de un error inculpable o haya sido subsanada por la aceptación de la entidad. En este sentido, la lectura de este artículo permite extraer las siguientes anotaciones sobre las singularidades jurídicas de esta conducta:

3.2.9.2. En primer lugar, el contrato de seguro se rige por el principio de buena fe entre los contrayentes, el cual impone a la parte adquirente la obligación de rendir una declaración sobre su estado de riesgo que sea ajustada a la realidad, sin importar que haya sido a través de cuestionario o exposición oral. De esta forma, la entidad aseguradora

podrá expedir una póliza conforme a las circunstancias y extensión de los acontecimientos que se pretenden asumir.

3.2.9.3. En segundo lugar, en caso que la manifestación de voluntad haya incurrido en inexactitudes o reticencia (por omisión de datos) que recaigan sobre aspectos esenciales para determinar la disposición de la entidad aseguradora a contratar, o la onerosidad de la póliza a expedir, se configurará un vicio en la voluntad que dará lugar a nulidad relativa del contrato. En este evento la entidad aseguradora podrá adelantar el respectivo reclamo judicial por nulidad contractual y retener, a título de pena, el total de la prima.

No obstante lo anterior, el último párrafo del artículo 1058 C.Co estipula que dichas sanciones no procederán cuando el asegurador ha conocido o debido conocer las circunstancias que generaron vicio en la declaración, o, en caso de haberlas conocido posteriormente, las subsane mediante su aceptación expresa o tácita.

3.2.9.4. En tercer lugar, en caso que la reticencia o inexactitud provengan de un error inculpable del tomador de la póliza (quien actuó de buena fe), el contrato será válido sólo en relación con aquellos aspectos asegurados que mantienen el equilibrio contractual. En el caso concreto de los seguros de vida, el artículo 1160 del Código de Comercio indica que: “[t]ranscurridos 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. Esto quiere decir que, en el caso particular de aquellos adquirentes que omitieron información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo, pero sobre la cual tenían desconocimiento, la compañía de seguros no podrá demandar la nulidad del contrato, sino que deberá reducir el monto de la prestación asegurada para garantizar el equilibrio del mismo, a excepción de los seguros de vida, en los que una vez transcurridos dos años desde la expedición de la póliza, no podrá reducirse el monto de la prestación.

En este orden de ideas, el artículo 1161 del Código de Comercio establece que en caso de presentarse reticencia al momento de adquirir un seguro de vida, será necesario tener en cuenta lo siguiente: (i) si la edad del tomador supera los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato se sancionará conforme a lo dispuesto anteriormente (Art. 1058); (ii) si la edad del tomador supera la edad declarada, el seguro se reducirá a una

proporción que guarde relación matemática con la prima anual que debe cancelar el adquirente; y (iii) si la edad del tomador es menor que la declarada, el valor del seguro se reducirá igualmente a una proporción que tenga relación matemática con la prima que deba cancelarse[43].

3.2.9.5. Ahora bien, sobre lo expuesto, la jurisprudencia constitucional no ha sido omisa, sino que se ha pronunciado al respecto. Sobre el particular, en la misma sentencia C-232 de 1997[44], la Sala Plena determinó que el tomador tiene una carga precontractual, consistente en exponer unos hechos y circunstancias ajustados a la verdad para lograr el equilibrio del contrato, de lo contrario se comete un incumplimiento por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse[45]. En este mismo sentido, explicó cómo, en materia de seguros, el Código de Comercio adoptó la rescisión de los contratos propia del derecho civil y estableció la posibilidad de acudir a esta figura cuando el contrato se encuentra fundado sobre inexactitudes o errores producidos por reticencias que, de no haberse presentado, habrían dado lugar a estipular condiciones más onerosas para el tomador[46]. Asimismo, la Sala sostuvo que es igualmente posible solicitar la nulidad del contrato cuando se expidió una póliza de seguros de buena fe y los datos omitidos dentro de la declaración guardan estrecha relación con el siniestro acontecido[47].

3.2.9.6. Igualmente, a través de sentencia T-086 de 2012[48], la Sala Octava de Revisión de esta Corporación analizó una acción de tutela presentada por un ciudadano a quien le habían diagnosticado invalidez total y permanente, pero la ejecución de su póliza de seguro de vida había sido negada por la aseguradora demandada. En esta ocasión, la Sala sostuvo que por virtud del principio de buena fe en los contratos, las partes se encuentran obligadas a mostrar honradez al momento de perfeccionar de pactar las condiciones del acuerdo, pues este elemento es esencial para interpretar las cláusulas del contrato, más aún si se tiene en cuenta que no sólo indica la manera como debe analizarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia del mismo[49]. En este mismo sentido, en relación con la reticencia, citó las sentencias T-171 de 2003[50] y T-196 de 2007[51], a partir de las cuales explicó que consiste en una inexactitud en la declaración del estado de riesgo del tomador de la póliza, la cual vicia el consentimiento y es sancionada con nulidad relativa del seguro.

3.2.9.7. De esa misma forma, mediante sentencia T-902 de 2013[52], la Sala Primera de Revisión de esta Corte conoció de la acción de tutela interpuesta por unas accionantes que reclamaban la ejecución de las pólizas de seguros de vida adquiridas con la entidad aseguradora demandada, las cuales garantizaban el pago del saldo insoluto de los créditos por muerte, enfermedad grave o incapacidad total y permanente. En esta ocasión, la ejecución de las pólizas había sido negada por cuanto: (i) el certificado de invalidez de una de las accionantes había sido emitido por la Junta de Calificación de Invalidez del Seguro Social; y (ii) frente a la otra peticionaria se había configurado la prescripción, pues había transcurrido más de 4 años desde la ocurrencia del siniestro.

En esta sentencia, la Sala expuso que los contratos de seguros pueden contener cláusulas vagas y ambiguas que llevan a una indeterminación de los conceptos respecto de situaciones fácticas particulares, casos en los cuales, opera el principio de interpretación favorable al consumidor por virtud del artículo 1624 del Código Civil, el cual establece que: “(...) las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”. De esta misma forma, indicó que el principio de buena fe rige las relaciones contractuales sobre las cuales se desenvuelve este tipo de contratos.

Por lo anterior, la Sala manifestó que las relaciones contractuales en temas de seguros tienden a ubicar en una posición dominante a la empresa aseguradora frente al adquirente, razón por la cual, la parte que redacta e impone las condiciones del contrato debe cumplir, por lo menos, con los siguientes requisitos: (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas que actúen en contra de los intereses del asegurado; y si las integran al contrato, (ii) deberán interpretarlas a favor del adquirente por virtud del principio pro costumatore, el cual es una figura que permite proteger a los usuarios de los contratos de seguro y propender por la eliminación de todos los elementos que generan inseguridad en la ejecución del contrato[53]. Además, la Sala sostuvo que la entidad accionada había vulnerado los derechos fundamentales de las peticionarias, pues: (i) eran sujetos de especial protección constitucional; (ii) ambas atravesaban una difícil situación a raíz del acaecimiento del siniestro; (iii) ambas se encontraban ante la amenaza de un perjuicio irremediable, pues como consecuencia de sus afecciones físicas no podían continuar con el pago del saldo insoluto.

3.2.10. Preexistencia.

3.2.10.1. Este fenómeno hace alusión a circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. En seguros de vida, permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su fallecimiento.

3.2.10.2. Mediante sentencia T-015 de 2012[54], la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional analizó una acción de tutela interpuesta por una viuda que había sido amparada por una póliza de seguro de vida adquirida por su esposo en vida. En esta ocasión, la Sala indicó que la preexistencia se refiere a la posibilidad que tiene la entidad aseguradora de establecer una exclusión sobre aquel asegurado que padezca una enfermedad con anterioridad a la fecha en que la cobertura empezó a desplegar sus efectos y, además, su muerte sea consecuencia de dicha enfermedad[55].

3.2.10.3. Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en un fallo del día 21 de abril de 2015[56], expuso que la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: “existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen”, que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un “hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda”. En este mismo sentido, explicó que no basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que resulta necesario establecer el nexo causal entre la afección preexistente y la muerte del tomador.

3.2.10.4. Ahora bien, los conceptos mencionados anteriormente sobre reticencia y preexistencia guardan ciertas diferencias que resulta necesario precisar en esta ocasión. Sobre el particular, a través de sentencia T-222 de 2014[57], la Sala Novena de Revisión de esta Corporación examinó varias tutelas acumuladas, en la que los peticionarios alegaban que les habían sido negadas sus pólizas de seguro de vida por preexistencia al momento de contraer las obligaciones. En esta oportunidad, la Sala expuso varias

consideraciones en relación con dichos conceptos:

3.2.10.5. En primer lugar, explicó que la preexistencia es un concepto objetivo, mientras que la reticencia es un concepto subjetivo. En segundo lugar, mencionó que la reticencia se refiere a una inexactitud en la información presentada por el tomador de la póliza al momento de celebrar el contrato, la cual es castigada con nulidad relativa como sanción a la mala fe. En tercer lugar, manifestó que en ciertos eventos la preexistencia puede considerarse como una reticencia, como en aquellos en donde el tomador tiene conocimiento de hechos que pueden hacer más onerosa la póliza y en este sentido se abstiene de declararlos. En cuarto lugar, expuso que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias. En estos casos, la sentencia asegura que el tomador no actuó de mala fe y por ello sería desproporcionado imponerle una carga que no puede cumplir, como lo es informar sobre hechos desconocidos. En quinto lugar, arguyó que en casos donde se presentó mala fe, la carga de la prueba corresponde a la entidad aseguradora, pues es la única que puede informar con certeza sobre: (i) el sobrecosto del contrato por los hechos omitidos; y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato[58].

3.3. En síntesis, el contrato de seguro de vida es una modalidad de contrato por la cual el tomador de la póliza se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte del adquirente, entrará a cubrir el daño sufrido por quienes estaban a su cargo. Este contrato se desarrolla dentro del marco establecido por el principio de buena fe de los contratantes, el cual, por un lado, obliga a la entidad aseguradora a presentar cláusulas claras y expresas en el contrato y, por otro, obliga al tomador a presentar una declaratoria sobre su estado de riesgo ajustada a la verdad y a sus antecedentes médicos. No obstante, existen eventos en los que el tomador de la póliza omite exponer hechos esenciales para determinar el interés de la entidad aseguradora o el monto de la póliza a expedir, los cuales, configuran una reticencia cuando el adquirente tenía conocimiento de circunstancias anteriores al contrato y omitió declararlas en su estado de riesgo, de manera que el contrato estará viciado de nulidad relativa y la entidad aseguradora podrá, a título de sanción, retener el monto que ya se había cancelado; mientras que, en otros eventos, a pesar de existir hechos determinantes anteriores a la

adquisición de la póliza, no se constituirá mala fe del tomador por cuanto éste no tenía conocimiento de los hechos, casos en los cuales corresponderá a la aseguradora demostrar lo contrario.

3. CASOS CONCRETOS

3.1. BREVE RESUMEN DE LOS HECHOS

3.1.1. Las accionantes solicitan la protección de sus derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud, a la vivienda digna, a la igualdad, al debido proceso y a la unidad familiar. presuntamente conculcados por las distintas entidades aseguradoras demandadas, las cuales negaron la ejecución de las pólizas de seguro de vida adquiridas bajo el argumento que las afecciones que sufren las demandantes existían con anterioridad a la perfección de los contratos suscritos. En este sentido, aducen que las condiciones por las cuales atraviesan en estos momentos, las colocan en condiciones difíciles para continuar con el pago de sus créditos sin ver afectado su mínimo vital, de manera que solicitan la protección constitucional con el fin de evitar que les sea adelantada una ejecución que termine por agravar su situación.

3.1.2. En este orden de ideas, como quedó expuesto anteriormente, la Sala estima que los asuntos relacionados con acuerdos de voluntades de carácter contractual, como es el caso de los contratos de seguros de vida, se enmarcan dentro de los lineamientos dispuestos por el derecho civiles y comercial para estos efectos, de manera que no es órbita del juez constitucional entrar a pronunciarse sobre estos asuntos, en especial, cuando no se han agotado los mecanismos de reclamación y defensa que dispone la jurisdicción ordinaria para estos casos. Sin embargo, de lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia, se desprende que los litigios que surjan en estos casos, podrán ser examinados por vía constitucional cuando cumplan los siguientes requisitos:

3.1.2.1. En primer lugar, cuando a partir de los hechos y pretensiones expuestas por el accionante en su petición, se logra desprender que no sólo persigue un interés económico, sino la protección de derechos fundamentales que se vean amenazados. En este sentido, cabe precisar que en materia crediticia puede observarse lo siguiente: (i) por

un lado, frente a créditos hipotecarios, la jurisprudencia constitucional ha entendido que la voluntad del tomador se dirige a obtener una vivienda para él y/o su familia; y (ii) por otro lado, en relación con créditos de consumo, se ha entendido que el tomador adquiere el seguro con el fin de cubrir el riesgo en caso de no poder trabajar, de manera que se presume un interés más allá de lo patrimonial, por lo cual, “no es lo mismo tomar un crédito de consumo para utilizarlo en bienes de menor trascendencia, que adquirirlo para mantener a una familia”[59].

3.1.2.2. En segundo lugar, si bien es cierto que la condición como sujeto de especial protección constitucional hace flexible el análisis de procedencia de la acción, la jurisprudencia ha entendido que la misma no siempre se convierte en un elemento suficiente para que el juez constitucional proceda a examinar estos asuntos, por lo cual, para estos eventos se hace necesario que el accionante sufra un grado de invalidez superior al 50%. Esta consideración parte del hecho según el cual, los tomadores que sufren esta condición pierden sustancialmente sus capacidades para continuar con el cumplimiento fiel del contrato.

3.1.2.3. En tercer lugar, es necesario que el accionante carezca de recursos económicos para continuar con el pago de la cuota estipulada en el contrato, pues no en todos los eventos de invalidez se configura una imposibilidad del tomador para cumplir fielmente la obligación, ya que puede contar con otro tipo de ingresos le permiten cumplir su deuda sin afectar su mínimo vital ni el de su familia.

3.1.2.4. En cuarto lugar, se deberán analizar de manera sistemática las particularidades que contiene cada caso concreto y determinar si existen otros elementos o factores sobre los cuales puedan verse afectados los derechos fundamentales del accionante.

3.1.3. Igualmente, cabe señalar que los contratos de seguros se perfeccionan y desarrollan sobre el principio de buena fe de los contratantes, razón por la cual es esencial que de la declaración de voluntad de las partes al momento de pactar el contrato se encuentre libre de vicios y sea lo más precisa posible. Sin embargo, ante la existencia de expresiones y términos ambiguos en el acuerdo, la misma naturaleza de este tipo de contratos y la forma como se desarrollan conduce al juez constitucional a valorar las mismas a través del

principio pro costumatore, el cual permite brindar una interpretación favorable al usuario para evitar que la entidad aseguradora recline sobre él todo su peso empresarial e induzca la aparición de un estado en el que se vulneren derechos fundamentales.

3.2. Análisis y decisión frente a cada expediente.

3.2.1. Expediente T- 5.089.723.

3.2.1.1. En este proceso, la señora María Fanny Castaño asegura que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. vulneró sus derechos fundamentales al negar la ejecución de la póliza de seguro de vida que cubría el riesgo ante muerte o enfermedad grave y permanente. La peticionaria alega que padece de cáncer de útero y diabetes mellitus, afecciones que no le permiten generar ingresos y, al depender únicamente de la venta de arepas, vería afectado su mínimo vital para continuar con el pago de la cuota pactada en el contrato.

3.2.1.2. Al resolver sobre la cuestión planteada, en primer instancia, el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, declaró improcedente la acción de tutela al encontrar que los pagos de la actora se encuentran al día y aún no es sujeto de ejecución judicial alguna. Además, consideró que la peticionaria no logró demostrar carecer de recursos económicos para continuar con el pago de la obligación.

3.2.1.3. Por su parte, mediante sentencia de segunda instancia, el Juzgado Único Penal del Circuito de Calarcá, Quindío, confirmó la decisión del a quo y consideró que la actora debía agotar primeramente el proceso ordinario de responsabilidad civil contractual, por ser el escenario propicio para resolver este tipo de discusiones. Asimismo, sostuvo que para el momento de perfeccionar el contrato de seguro de vida, la peticionaria demostró contar con capacidad económica para respaldar la cuota.

3.2.1.4. En este orden de ideas, para este caso particular, la Sala procederá a conceder la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud, a la vida en condiciones dignas y al debido proceso, invocados por la señora María Fanny Castaño, en consideración a las razones que se expondrán a continuación:

3.2.1.4.1. En primer lugar, los requisitos de legitimación por activa e inmediatez se

encuentran consolidados en este caso, toda vez que, por un lado, la acción de tutela fue interpuesta por la misma persona quien considera sus derechos fundamentales vulnerados y directamente frente a las compañías implicadas en su queja; y, por otro, la acción de tutela fue impetrada dentro de un término que no alcanzó los seis meses, pues la respuesta negativa de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se produjo el día 26 de febrero de 2015, mientras que la solicitud de protección constitucional se radicó el día 21 de abril de 2015, constituyendo así un término razonable para este caso.

3.2.1.4.2. En segundo lugar, en relación con el requisito de subsidiariedad que se exige en estos eventos, es necesario precisar que se presentan los siguientes factores y elementos dentro del caso: (i) la accionante no agotó los mecanismos judiciales ordinarios con los cuales contaba para el reclamo de su pretensión; (ii) la accionante no ha obtenido una calificación de pérdida de la capacidad laboral superior al 50% por parte de una junta médica; (iii) la peticionaria ha continuado con el pago de las cuotas del crédito y aún no ha incurrido en mora, de manera que no existe cobro o ejecución alguna en su contra.

No obstante lo anterior, por virtud de principio pro costumatore, en los asuntos que involucran relaciones contractuales en materia de seguros, el juez constitucional se encuentra en el deber de desplegar un análisis a favor del cliente asegurado que se encuentra en estado de indefensión ante la compañía que expidió la póliza objeto del reclamo. En este sentido, la Sala observa que en caso sub judice, la peticionaria puede ser considerada como sujeto de especial protección constitucional, en la medida que sufre cáncer de útero (patología que afecta la vida cotidiana del paciente y puede causar la muerte)[60] y diabetes mellitus (enfermedad que puede ser crónica, degenerativa e incurable).

Así las cosas, para esta ocasión, la Sala estima que no puede considerarse únicamente aquellas personas calificadas con pérdida de la capacidad laboral de un 50% dentro de acciones de tutela relacionadas con reclamos de pólizas de seguros, sino que, en todo caso, el juez constitucional deberá evaluar las características de cada caso concreto, para determinar si el grado de indefensión en el que se encuentra la persona hace susceptible admitir el examen de fondo sobre el asunto. En este sentido, dentro de la reclamación impetrada por la señora María Fanny Castaño, el medio ordinario de reclamo judicial (proceso declarativo) que tiene a su disposición, para hacer efectiva la póliza adquirida,

carece de eficacia para lograr este propósito, toda vez que la accionante es sujeto de especial protección constitucional y su mínimo vital se ve amenazado por las consecuencias que traerá cancelar el crédito con su capital o por el incumplimiento del mismo.

3.2.1.4.3. En tercer lugar, si bien es cierto que la señora Castaño ha podido continuar con el pago de sus cuotas sin incurrir en mora y, además, aún no es sujeto de cobro o ejecución judicial alguna, no es menos cierto el hecho que a través de la acción de tutela busca la ejecución del amparo contenido en la póliza adquirida, para con ello, no sólo cubrir los gastos propios del crédito obtenido, sino también, proteger su núcleo de ingreso que garantiza su mínimo vital. De esta forma, se observa que la solicitud de protección constitucional tiene un propósito que va más allá del simple pago del crédito, pues se pretende mantener un margen de ingresos producto de la venta de arepas, que ayuden a proteger los derechos fundamentales de la accionante.

3.2.1.4.4. En cuarto lugar, en la respuesta emitida el día 26 de febrero de 2015 por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a la señora Castaño, se menciona que una de las seis patologías amparadas por la póliza adquirida es el cáncer; asimismo, dentro del escrito de contestación en el proceso de tutela, esta compañía afirmó que dentro de la historia clínica de la paciente, se observa que empezó a padecer de cáncer con anterioridad a la toma de la póliza, es decir, al año 2011, por lo cual se presentó preexistencia en la reclamación.

A pesar de lo anterior, para esta oportunidad, correspondía a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. desplegar la carga de la prueba para hacer oponible el argumento de preexistencia, de manera que debió haber solicitado la práctica de una valoración médica o un análisis de la historia clínica de la solicitante en el momento previo al perfeccionamiento del contrato. En la sentencia T-222 de 2014 (que reitera lo dispuesto en sentencia T-832 de 2010), se menciona que una de las pautas para determinar la oponibilidad de preexistencia en la reclamación de pólizas de seguro de vida, consiste en que “la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora quien deberá solicitar exámenes médicos previos a la celebración del contrato, so pena de no poderlos alegar en un futuro”. De esta manera, para el caso sub judice, se encuentra que la entidad demandada no desplegó un mínimo de diligencia al momento de verificar médicamente las

condiciones de la solicitante, especialmente frente a un padecimiento como el cáncer, que puede ser una patología silenciosa y progresiva.

3.2.1.5. Por lo descrito, la Sala encuentra que para esta ocasión, la señora María Fanny Castaño es acreedora del amparo contenido en la póliza de seguro adquirida con la compañía BBVA Seguros de Vida S.A., toda vez que, contrario sensu, se vería expuesta a una condición apremio económico que podría afectar sus derechos fundamentales al mínimo vital, a la vida digna, a la salud y al debido proceso.

3.2.2. Expediente T-5.119.171.

3.2.2.1. Dentro de este proceso la señora Alba Luz Arenas Parada presentó acción de tutela contra la Cooperativa Multiactiva de Educadores de Casanare y MAPFRE Colombina Vida Seguros S.A., por considerar que estas entidades vulneraron sus derechos fundamentales al negar la ejecución de las pólizas de seguro adquiridas para respaldar los diferentes créditos tomados con la Cooperativa.

3.2.2.2. La accionante alega que a raíz de ciertos problemas de salud, fue calificada con un 97% de pérdida de la capacidad laboral, causado por estrés laboral, según dictamen de invalidez emitido el día 18 de octubre de 2012 por Medicol Salud UT Casanare. Además, agrega que es madre cabeza de familia a cargo de tres menores de edad y que tanto ella como su núcleo familiar dependen de la pensión por invalidez que le fue reconocida, la cual asciende a un monto de \$716.654 y se convierte en su única fuente de sustento.

3.2.2.3. De igual forma, aduce que le fue negada la ejecución de las pólizas bajo el argumento que ella padece de trastorno depresivo, cuando lo cierto es que fue pensionada por estrés laboral. Asimismo, reclama que antes de sufrir de dicho padecimiento cumplía fielmente las cuotas pactadas en el contrato, sin haber incurrido en mora; no obstante, afirma que a raíz de su estado de salud le ha sido difícil continuar con la ejecución normal del contrato y, a pesar de ello, se ve hostigada constantemente con llamadas de cobro mediante las cuales le amenazan con el despojo de su vivienda, circunstancia que agrava su estado de salud.

3.2.2.4. Mediante sentencia de única instancia, el Juzgado Primero Penal

Municipal de Yopal declaró improcedente la acción de tutela, en consideración a que: (i) la peticionaria debía agotar primeramente la vía ordinaria para el reclamo de su pretensión; (ii) en este sentido, no logró demostrar encontrarse ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable para su vida; y (iii) las entidades accionadas tienen el derecho de efectuar el cobro de las sumas contenidas en los créditos adquiridos.

3.2.2.5.1. En primer lugar, para este caso la acción de tutela se torna procedente, pues dentro de los alegatos presentados por la peticionaria se logra desprender que no sólo busca la ejecución de una suma de dinero, sino la protección de su derecho a la vivienda digna. En este mismo sentido, se advierte que la accionante convive con sus tres hijos menores de edad dentro de un inmueble del cual pueden ser despojados como consecuencia del cobro ejecutivo del crédito.

De igual forma, es necesario precisar que la señora Alba Luz Arenas Parada no sólo es madre cabeza de familia a cargo de tres menores de edad, sino que además ha sido valorada y calificada por una junta médica con un grado de pérdida de la capacidad laboral de un 96%, por estrés laboral. A esta circunstancia se suma el hecho que en la actualidad, la peticionaria no genera ingresos y depende de una pensión de invalidez que sólo asciende a la suma de \$716.654.00, la cual, por no haberse demostrado lo contrario por parte de la entidad aseguradora, se convierte en el único sustento del que depende su núcleo familiar.

3.2.2.5.2. En segundo lugar, la Sala observa que la señora Alba Luz Arenas Parada cumplió fielmente con el pago mensual de cuota a la cual se encontraba obligada, pero incurrió en mora luego de haber sido valorada con pérdida de la capacidad laboral. Esto demuestra que la accionante siempre ha actuado de buena fe en el cumplimiento del contrato y que efectivamente el padecimiento devenido afectó sustancialmente su generación de ingresos, de manera que en estos momentos la peticionaria se encuentra en una posición de desventaja frente a la condición de la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

De misma manera, la Sala encuentra que la actora ha sido sujeto de llamadas y cobros constantes por parte de la entidad financiera accionada, las cuales, si bien se encuentran dentro de las facultades legales que puede ejercer dicha entidad, las mismas pueden

terminar potencializando el nivel de estrés por el cual la actora ha sido declarada con estado de invalidez. En este sentido, se observa que ella ha requerido la flexibilización del cobro en atención a su condición, pues expresa tener la voluntad de cubrir con la deuda adquirida.

3.2.2.5.3. En tercer lugar, de conformidad con lo expuesto, esta Sala advierte que MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. alega que el padecimiento de la accionante no se encuentra dentro de los eventos cubiertos por las pólizas adquiridas; sin embargo, esta afirmación se realiza sin haber aportado las pruebas donde se lograra determinar cuáles eran los riesgos que de manera concreta se encontraban amparados por la póliza y aquellos que estaban excluidos. En este mismo sentido, cabe resaltar que el juez constitucional se encuentra en el deber de desplegar un análisis sistemático del contrato de seguros, para con ello identificar si existen cláusulas abusivas o inválidas que excluyan enfermedades que coloquen al tomador en imposibilidad de continuar generando ingresos y cancelando el pago de la deuda, o si las particularidades del caso permiten que se haga efectivo el amparo.

Así las cosas, para esta oportunidad, la Sala advierte que el padecimiento de estrés laboral por el cual la señora Arenas Parada fue calificada con una alta valoración de 96% de pérdida de la capacidad laboral, no sólo emergió de manera posterior a la entrada en vigencia del contrato de seguro, sino que además sitúa a la actora en una condición que le imposibilita volver al mundo laboral y generar ingresos, por lo cual, al momento de quedar sujeto el mínimo vital y el de su familia a una pensión de invalidez por valor de \$716.654.00, notoriamente la ejecución del crédito afectará el núcleo económico que mantiene el goce del derecho fundamental a vida digna en su hogar.

En este orden de ideas, también cabe precisar que las pólizas de seguro adquiridas por la peticionaria, tienen como propósito cubrir el crédito adeudado como consecuencia de un padecimiento físico que ubique al tomador en un estado de indefensión, que le imposibilite continuar con el pago de las cuotas o lo ubique en un estado apremiante que afecte su mínimo vital, siempre que acaezca alguno de los riesgos que fueron estipulados en el contrato. No obstante, para esta oportunidad, al no haberse aportado por parte de MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. el contrato que permitía verificar cuáles eran los riesgos excluidos del mismo, se mantiene vigente la idea contenida en el contrato, en cuanto medio

para amparar el crédito en caso de invalidez.

3.2.2.5.4. En virtud de lo expuesto, al haberse comprobado que la señora Alba Luz Arenas Parada canceló fielmente sus cuotas antes del padecimiento físico que sufre y, además, al haberse demostrado que es madre cabeza de familia, con tres menores a cargo, con un grado de invalidez del 96%, dependiente de una pensión de invalidez de \$716.654.00 e imposibilitada para continuar generando ingresos en el mundo laboral, esta Sala advierte que se encuentra ante la amenaza de un perjuicio irremediable para ella y su familia, en la medida que la cancelación de las cuotas adeudas impactarán en su núcleo económico y con ello afectarán su mínimo vital. Por esta razón, en cuanto las pólizas adquiridas se encuentran estructuradas bajo la idea de cubrimiento de riesgo en caso de invalidez, esta Sala procederá a ordenar a la compañía aseguradora MAPFRE Colombia Vida Seguros que, dentro del proceso de cobro adelantado contra la peticionaria, adelante el trámite requerido para hacer efectivas las pólizas que cubren los créditos adquiridos.

3.2.3. Conclusiones.

3.2.3.1. De conformidad con lo descrito, dentro del expediente T-5.089.723, esta Sala procederá a revocar la sentencia del diecisiete (17) de junio de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Único Penal del Circuito de Calarcá, Quindío, que confirmó la sentencia de primera instancia dictada por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, el día 06 de mayo de 2015, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada por la señora María Fanny Castaño contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. En su lugar, se concederá la protección a los derechos fundamentales al mínimo vital, a la vida en condiciones dignas, a la salud y al debido proceso, invocados por la señora María Fanny Castaño.

En ese sentido, se ordenará a la compañía de seguros BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que proceda a la ejecución de la póliza de seguro de vida adquirida por la señora María Fanny Castaño.

3.2.3.2. En relación con el expediente T-5.119.171, esta Sala procederá a revocar la sentencia del once (11) de mayo de dos mil quince (2015), pronunciada por el Juzgado Primero Penal Municipal de Yopal, que declaró improcedente la acción de tutela entablada por la señora Alba Luz Arenas Parada contra la Cooperativa Multiactiva de

Educadores del Casanare y MAPFRE Seguros Colombia S.A. En su lugar, se concederá la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud y a la vivienda digna invocados por la accionante.

4. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional de la República de Colombia, en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la sentencia del diecisiete (17) de junio de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Único Penal del Circuito de Calarcá, Quindío, que confirmó la sentencia de primera instancia dictada por el Juzgado Segundo Penal Municipal de Calarcá, Quindío, el día 06 de mayo de 2015, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada por la señora María Fanny Castaño contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. En su lugar, CONCEDER la protección a los derechos fundamentales al mínimo vital, a la vida en condiciones dignas, a la salud y al debido proceso, invocados por la señora María Fanny Castaño, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. ORDENAR a la compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que, una vez notificada la decisión adoptada en esta providencia, proceda a hacer efectiva la póliza de Seguro de Vida Grupo adquirida por la señora María Fanny Castaño, identificada con certificado individual de seguro No. 1-00247384-1.

TERCERO. REVOCAR la sentencia del once (11) de mayo de dos mil quince (2015), pronunciada por el Juzgado Primero Penal Municipal de Yopal, que declaró improcedente la acción de tutela entablada por la señora Alba Luz Arenas Parada contra la Cooperativa Multiactiva de Educadores del Casanare y MAPFRE Seguros Colombia S.A. En su lugar, CONCEDER la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital, a la salud y a la vivienda digna, invocados por la señora Alba Luz Arenas Parada, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO. ORDENAR a la Cooperativa Multiactiva de Educadores del Casanare y MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. que, una vez notificada la decisión contenida en esta

providencia, procedan a realizar los trámites para hacer efectivas las pólizas de seguro que cubren las obligaciones contraídas por la señora Alba Luz Arenas Parada, conforme a lo expuesto en la parte motiva de estas providencia.

QUINTO. LIBRAR, por la Secretaría General de esta Corporación, las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí previstos.

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

Magistrado

ALBERTO ROJAS RÍOS

Magistrado

Con aclaración de voto

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

Con salvamento parcial de voto

Con aclaración de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

ACLARACIÓN Y SALVAMENTO PARCIAL DE VOTO

DEL MAGISTRADO LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

A LA SENTENCIA T-770 DE 2015[61]

CONTRATO DE SEGUROS MEDICOS-Carga de preexistencias está en cabeza de entidad aseguradora (Aclaración y salvamento de voto)

A la luz de la jurisprudencia constitucional, en términos generales es cierto que la carga de verificar el estado de salud del asegurado corresponde a la aseguradora, antes que al primero, de manera que a la empresa no le es posible alegar preexistencias si no cumplió diligentemente ese deber. Sin embargo, en la sentencia no quedó suficientemente claro si la empresa conoció la historia clínica y, en consecuencia, la patología de la accionante al momento de celebrar el contrato o con posterioridad, con ocasión de la interposición de la acción de tutela. Si lo ocurrido corresponde a la primera situación, la aseguradora habría cumplido con la obligación de verificar el estado de salud de la asegurada, mediante la revisión de su historia clínica, y podría predicarse la preexistencia. Si, en cambio, la historia clínica de la accionante solo fue conocida por la accionada de forma ulterior, no podía oponer la enfermedad ahora como preexistente para eximirse de pagar la póliza. En la redacción de la sentencia, las dos interpretaciones son posibles. Mi aclaración de voto consiste, entonces, en que si bien comparto la decisión de ordenar el pago del seguro a favor de la peticionaria, lo hago solo bajo el supuesto de que la demandada haya tomado conocimiento de la historia clínica de la afectada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dado que en estas circunstancias estaría claro que omitió cerciorarse, antes de la venta de la póliza, del estado de salud de la actora y, en consecuencia, no podía alegar preexistencia alguna sino proceder con el pago correspondiente

Con el acostumbrado respeto por las decisiones de la Sala Séptima de Revisión de la Corte, me permito exponer las razones por las cuales aclaro y salvo parcialmente el voto dentro de la Sentencia T-770 de 2015.

1. En el expediente T-5089723, la demandada se opuso al pago del seguro de vida que cubría el riesgo de muerte o enfermedad grave o permanente de la accionante, con el argumento de que, según la respectiva historia clínica, el cáncer que aquella padece surgió antes de junio de 2011, mes en que fue adquirida la póliza; en otros términos, porque la enfermedad preexistía a la celebración del contrato de seguro. Uno de los problemas principales del caso era, por lo tanto, determinar si efectivamente se configuraba la circunstancia alegada por la accionada. En la decisión se sostiene que, no obstante la afirmación de la aseguradora, esta debió haber solicitado la práctica de una «valoración

médica o análisis de la historia clínica de la solicitante» antes del perfeccionamiento del contrato y, puesto que así no procedió, no tiene lugar la supuesta preexistencia, oponible a la actora, conforme las reglas fijadas en la Sentencia T-832 de 2010[62] (reiteradas en la Sentencia T-222 de 2014[63]).

A la luz de la jurisprudencia constitucional, en términos generales es cierto que la carga de verificar el estado de salud del asegurado corresponde a la aseguradora, antes que al primero, de manera que a la empresa no le es posible alegar preexistencias si no cumplió diligentemente ese deber. Sin embargo, en la sentencia no quedó suficientemente claro si la empresa conoció la historia clínica y, en consecuencia, la patología de la accionante al momento de celebrar el contrato o con posterioridad, con ocasión de la interposición de la acción de tutela. Si lo ocurrido corresponde a la primera situación, la aseguradora habría cumplido con la obligación de verificar el estado de salud de la asegurada, mediante la revisión de su historia clínica, y podría predicarse la preexistencia. Si, en cambio, la historia clínica de la accionante solo fue conocida por la accionada de forma ulterior, no podía oponer la enfermedad ahora como preexistente para eximirse de pagar la póliza. En la redacción de la sentencia, las dos interpretaciones son posibles.

Mi aclaración de voto consiste, entonces, en que si bien comparto la decisión de ordenar el pago del seguro a favor de la peticionaria, lo hago solo bajo el supuesto de que la demandada haya tomado conocimiento de la historia clínica de la afectada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dado que en estas circunstancias estaría claro que omitió cerciorarse, antes de la venta de la póliza, del estado de salud de la actora y, en consecuencia, no podía alegar preexistencia alguna sino proceder con el pago correspondiente.

2. Respecto del expediente T-5119171, Mapire Colombia Vida Seguros S. A. se negó a hacer efectivo el seguro a favor de la tomadora y afirmó que el trastorno depresivo que padece se encuentra expresamente fuera de la cobertura de la póliza. Por su parte, la accionante alegó en el trámite de la tutela que no fue informada sobre supuestas exclusiones al instante de celebrar el contrato. Visto lo anterior, durante la discusión del proyecto de fallo sugerí establecer si las enfermedades exceptuadas de aseguramiento era un elemento susceptible de ser comprendido por la peticionaria en este caso, a la luz de la doctrina constitucional que protege la buena fe del tomador en lo relativo a los alcances del riesgo

asegurado y la cobertura real del contrato, para así determinar si dichas exclusiones eran, o no, oponibles a la asegurada.

La sentencia, sin embargo, concluyó que, en tanto la demandada no aportó copia del contrato para permitir verificar los riesgos excluidos de la póliza, «se mantiene vigente la idea contenida en el contrato, en cuanto medio para amparar el crédito en caso de invalidez», y ordenó hacer efectiva la póliza adquirida por la actora. En otros términos, la falta de esa prueba se resolvió con una suerte de presunción de que el seguro ampara la invalidez de la asegurada proveniente de cualquier origen. A mi juicio, este razonamiento no es jurídicamente acertado ni, tal como es presentado, se apoya en un criterio de decisión probatorio establecido por la Corte. Lo procedente, me parece, era haber decretado el correspondiente medio de convicción para tener certeza de la aplicación de la regla jurisprudencial que favorecía a la accionante.

Estimo que fallar sin contar con los elementos fácticos mínimos que conforman los supuestos de las reglas de decisión o sin sustento en criterios probatorios acogidos expresamente por la jurisprudencia constitucional es problemático y riesgoso para la legitimidad de las órdenes que dicta la Corte en procura de amparar los derechos fundamentales. Por esta razón, salvo parcialmente mi voto en la sentencia.

Fecha ut supra,

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

[1] Véase las Sentencias T- 1259 de 2008. M.P. Rodrigo Escobar Gil y T- 329 de 2010. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[2] Ver, entre otras sentencias: T-290 de 1993 y T-482 de 1993, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-513 de 1993, M.P. Hernando Herrera Vergara; T-083 de 1994, M.P. Jorge Arango Mejía; T-139 de 1994, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-232 de 1994, M.P. Fabio Morón Díaz; T-340 de 1994, M.P. Alejandro Martínez Caballero; T-077 de 1995, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; T-164 de 1995, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-100 de 1997, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; SU-111 y T-119 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes

Muñoz; T-331 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-618 y T-619 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-627 y T-628 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; SU-646 de 1999, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-649 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; T-716 de 1999, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-728 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-731 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; T-736 de 1999, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; T-788 de 1999, M.P. Fabio Morón Díaz; T-871 y T-981 de 1999, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-976 de 1999, M.P. Fabio Morón Díaz; SU-913 de 2001, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SU-713 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[3] M.P. Álvaro Tafur Galvis.

[4] “Ha recalcado en su jurisprudencia esta Corporación que la acción de tutela no puede convertirse en un instrumento adicional o supletorio al cual se pueda acudir cuando se dejaron de ejercer los medios ordinarios de defensa dentro de la oportunidad legal, o cuando se ejercieron en forma extemporánea, o para tratar de obtener un pronunciamiento más rápido sin el agotamiento de las instancias ordinarias de la respectiva jurisdicción. Su naturaleza es la de ser un medio de defensa judicial subsidiario y residual que sólo opera cuando no existe otro instrumento de protección judicial, o cuando a pesar de existir, se invoca como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

[5] M. P. Jaime Córdoba Triviño.

[6] “El fundamento constitucional de la subsidiariedad, bajo esta perspectiva, consiste en impedir que la acción de tutela, que tiene un campo restrictivo de aplicación, se convierta en un mecanismo principal de protección de los derechos fundamentales. En efecto, la Constitución y la ley estipulan un dispositivo complejo de competencias y procesos judiciales que tienen como objetivo común garantizar el ejercicio pleno de los derechos constitucionales, en consonancia con el cumplimiento de los demás fines del Estado previstos en el artículo 2 Superior. Por tanto, una comprensión ampliada de la acción de tutela, que desconozca el requisito de subsidiariedad, vacía el contenido de las mencionadas competencias y, en consecuencia, es contraria a las disposiciones de la Carta Política que regulan los instrumentos de protección de los derechos dispuestos al interior de cada una de las jurisdicciones”.

[7] La sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa, estableció ciertos elementos

que deben configurarse para estimar la existencia de un perjuicio irremediable, a saber: (i) un perjuicio inminente, (ii) medidas que deben adoptarse de manera urgente frente al mismo; y (iii) que el peligro emergente sea grave; de ese modo la protección de los derechos fundamentales se tornaría impostergable.

[8] Ver sentencia T-003 de 1992, M.P. Alejandro Martínez Caballero: “(...) tiene que ser suficiente para que a través de él se restablezca el derecho fundamental violado o se proteja de su amenaza, es decir, tiene que existir una relación directa entre el medio de defensa judicial y la efectividad del derecho. Dicho de otra manera, el medio debe ser idóneo para lograr el cometido concreto, cierto, real, a que aspira la Constitución cuando consagra ese derecho”.

[9] Ver entre otras sentencias: T-086, T-743 y T-825 de 2007, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-808 de 2007, M.P. Catalina Botero Marino; T-055 de 2008, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-766 y T-095 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-189 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; T-265 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-301 de 2009, M.P. Mauricio González Cuervo; T-965 de 2009, M.P. María Victoria Calle Correa; T-883 de 2009, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-1003 de 2012, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[10] Existen variables metodológicas acerca de los términos de inmediatez, como en acciones de tutela que se presentan por presuntos errores judiciales en procesos ejecutivos hipotecarios, en los cuales se entiende que el peticionario cuenta con la posibilidad de ejercer la acción de tutela hasta tanto el proceso ejecutivo no haya culminado mediante sentencia. Ver entre otras sentencias: T-282 y T-495 de 2005, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-294, T-444, T-918, T-909 y T-700A de 2006, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-1009 de 2006, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-178 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa; T-357 de 2014, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[11] M. P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[12] “Teniendo en cuenta este sentido de proporcionalidad entre medios y fines, la inexistencia de un término de caducidad no puede significar que la acción de tutela no deba interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser ponderada en cada caso concreto. De

acuerdo con los hechos, entonces, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros. Si bien el término para interponer la acción de tutela no es susceptible de establecerse de antemano de manera afirmativa, el juez está en la obligación de verificar cuándo ésta no se ha interpuesto de manera razonable, impidiendo que se convierta en factor de inseguridad, que de alguna forma afecte los derechos fundamentales de terceros, o que desnaturalice la acción”.

[13] M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

[14] M.P. Jaime Córdoba Triviño.

[15] En los términos del Magistrado sustanciador: “Que se cumpla el requisito de la inmediatez, es decir, que la tutela se hubiere interpuesto en un término razonable y proporcionado a partir del hecho que originó la vulneración. De lo contrario, esto es, de permitir que la acción de tutela proceda meses o aún años después de proferida la decisión, se sacrificarían los principios de cosa juzgada y seguridad jurídica ya que sobre todas las decisiones judiciales se cerniría una absoluta incertidumbre que las desdibujaría como mecanismos institucionales legítimos de resolución de conflictos”.

[16] Con excepción de aquellos eventos en que la jurisprudencia constitucional ha determinado concretamente hasta cuándo caduca el plazo de inmediatez, como el descrito anteriormente en relación con procesos ejecutivos hipotecarios.

[17] Constitución Política de Colombia, artículo 335: “Las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150 son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del Gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito”.

1. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de educación para proteger los derechos consagrados en los artículos 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 27, 29, 37 y 38 de la Constitución.

2. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de salud para proteger los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía.

3. Cuando aquel contra quien se hubiera hecho la solicitud esté encargado de la prestación de servicios públicos domiciliarios.

4. Cuando la solicitud fuere dirigida contra una organización privada, contra quien la controle efectivamente o fuere el beneficiario real de la situación que motivó la acción, siempre y cuando el solicitante tenga una relación de subordinación o indefensión con tal organización.

5. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud viole o amenace violar el artículo 17 de la Constitución.

6. Cuando la entidad privada sea aquella contra quien se hubiere hecho la solicitud en ejercicio del habeas data, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución.

7. Cuando se solicite rectificación de informaciones inexactas o erróneas. En este caso se deberá anexar la transcripción de la información o la copia de la publicación y de la rectificación solicitada que no fue publicada en condiciones que aseguren la eficacia de la misma.

8.. Cuando el particular actúe o deba actuar en ejercicio de funciones públicas, en cuyo caso se aplicará el mismo régimen que a las autoridades públicas.

9. Cuando la solicitud sea para tutelar la vida o la integridad de quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión respecto del particular contra el cual se interpuso la acción. Se presume la indefensión del menor que solicite la tutela”.

[19] En relación con el perjuicio irremediable, la sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa, estableció ciertos elementos que deben configurarse para estimar la consolidación de esta afectación, a saber: (i) un perjuicio inminente; (ii) medidas que deben adoptarse de manera urgente frente al mismo; y (iii) que el peligro emergente sea grave; de ese modo la protección de los derechos fundamentales se tornaría impostergable.

[20] Ver sentencia T-738 de 2011, M.P. Mauricio González Cuervo.

[21] Ver sentencia T-222 de 2004, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

[22] Ver sentencias T-642 de 2007, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-086 de 2012, Humberto Antonio Sierra Porto; T-751 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa; y otras.

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

[24] Ibíd.: “Ahora bien, al referirse a las compañías de seguros, esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, resulta procedente el amparo constitucional. Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría cabida la tutela, pues el conflicto se dirimiría ante la jurisdicción ordinaria, pero si tiene efectos sobre la vida o el mínimo vital de una persona puede ser viable la acción de tutela para amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial”.

[25] M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[26] M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

[27] Ibíd.: “Ahora bien, la Corte ha conocido casos en los que, en el marco del contrato de seguros, la discusión jurídica sobre el eventual deber de la aseguradora de asumir el pago, se presenta paralelamente a la posible ocurrencia de un perjuicio irremediable, por ejemplo, ante la imposibilidad de contar con los medios para asegurar el mínimo vital. Ante la existencia de un perjuicio irremediable, no puede el Estado dejar de tramitar de forma urgente y preferente, una medida judicial que pretende enfrentar la afectación a los derechos fundamentales, ni puede exigirle a la persona que solicita la protección de sus derechos, que inicie un proceso judicial que no tiene la capacidad de resolver su asunto con la rapidez requerida. (...) La Corte ha evidenciado también, que se presenta un perjuicio irremediable cuando a falta de pago del seguro, el accionante se ve obligado a sufragar gastos, pero no cuenta con recursos para ello, ni está en capacidad de trabajar, por eso pone en riesgo su mínimo vital, vida digna, salud o vivienda digna. En esos casos, se hace

urgente la protección del mínimo vital, y por consiguiente, será posible revisar el problema jurídico de fondo, pues si se exige que se tramite a través de la jurisdicción ordinaria, la protección de los derechos puede resultar insuficiente al momento en que se produzca el fallo”.

[28] M.P. Jorge Arango Mejía.

[29] Código de Comercio, artículo 1058.: “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.

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”. (Las expresiones subrayadas fueron demandas en esta sentencia).

[30] Ibíd.: ““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 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”.

[31] J. Efrén Ossa G., Teoría General del Seguro – La Institución, Temis, Bogotá, 1988.

[32] Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al Contrato de Seguro, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118. De igual forma, cita nuevamente al profesor J. Efrén Ossa, quien mencionó sobre este punto que: “El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario”. (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro – El Contrato, pág. 349).

[33] “La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes” producen la nulidad relativa del seguro”. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato uberrimae fidei.(...) Se trata de un error que seguramente no puede asimilarse al error obstáculo (C.C. art. 1510), porque no “recae sobre la especie de acto o contrato que se ejecuta o celebra”, ni “sobre la identidad de la cosa específica de que se trata”, quizás tampoco al error sustancial (id., art. 1511), en cuanto no atañe a “la sustancia o calidad esencial del objeto sobre que versa el acto o contrato”, ni siquiera, tal vez, al error accidental acerca de otras calidades determinantes de la voluntad contractual (id., inc.2o.), porque la del asegurador, en el contrato de seguro, se inclina o suele inclinarse, en sentido favorable o adverso, al conjuro de un complejo de factores de orden moral u objetivo que conforman el riesgo y le permiten formarse juicio sobre su capacidad de asumirlo. Por eso es por lo que todas las legislaciones regulan específicamente la declaración del estado del riesgo a cargo del tomador y establecen, con uno u otro criterio, más o menos severo, las sanciones a que da origen su infidelidad, enderezadas a tutelar el equilibrio contractual. Así lo hacía nuestro Código de Comercio de 1887 (arts. 680 y 681) y así lo hace el actual, no obstante los preceptos seculares de

nuestro Código Civil. Y no obstante, igualmente, el art. 900 del estatuto comercial vigente que, respecto de los actos mercantiles en general consagra su anulabilidad cuando hayan sido consentidos por error, fuerza o dolo conforme al Código Civil. (...) Ni siquiera la norma del derecho común (C.C. art. 1515) que consagra el dolo como vicio del consentimiento sería suficiente para proteger al asegurado. Porque aquél sólo vicia el consentimiento si, además de ser obra de una de las partes, “aparece claramente que sin él no hubiera contratado”. Es el dolo principal. Es decir, está desprotegido frente al dolo incidental que es, a juicio de ALESSANDRI y SOMARRIVA, “el que no determina a una persona a celebrar el acto jurídico, pero sí a concluirlo en distintas condiciones que en las que lo habría concluido, generalmente menos onerosas, si las maniobras artificiosas no hubieran existido”. (J. Efrén Ossa G., Teoría General del Seguro - El Contrato, Temis, Bogotá, 1991, págs. 333 y 334)”.

[34] Código de Comercio, artículo 1058, inciso 3: “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”.

[35] M.P. (e) Martha Victoria Sáchica de Moncaleano.

[36] Ley 45 de 1990, artículo 82: “TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO. 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”.

[37] VEIGA COPO Abel B.: “Los Principios de Derecho Europeo del Contrato de Seguro”. Primera Edición, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Grupo Editorial Ibáñez, 2011 (Colección prospectivas del derecho). En esta obra el autor

describe el proceso que se ha desarrollado en Europa con el propósito de lograr unificar un marco comunitario en relación con el régimen de los contratos de seguros.

[38] Ibíd. VEIGA COPO, cit., pág. 67: REHBERG. Der Versicherungsabschluss als Informationsproblem, cit., p. 197 “quien postula además como tomador del seguro a ser informado de todos los aspectos del seguro”.

[39] Ibíd. VEIGA COPO, p. 75.: ““Afortunadamente la sensatez y la medida se han impuesto, debiendo ahora las aseguradoras ampliar sus formularios de preguntas, perfeccionándose en la elección de preguntas relevantes, serias, precisas, que ayuden verdaderamente a lo que tienen que ayudar que no es otra cosa que la verdadera selección y antiselección del riesgo y no tachar a priori prácticamente de fraudulento o arrojar sombras de luz sobre solicitantes y tomadores de seguro. Buena fe también implica para la entidad aseguradora lealtad y profesionalidad a la hora de confeccionar su oferta, su póliza, el condicionado, la realización de las prestaciones, etc., desterrando todo atisbo de oscuridad, ambigüedades, incomprensibilidades, abusos y lesividades, etc., y para el asegurado declarar lo que él cree modulaciones o alteraciones en el riesgo original y tenido en cuenta para concretar el contrato, toda agravación del mismo, disminución, las circunstancias que rodean al siniestro, la comunicación del mismo etc. La buena fe preside en el seguro, como en todos los contratos, la relación jurídica pero si cabe con un mayor énfasis en este contrato”.

[40] Ibíd. VEIGA COPO, cit., p. 73: ASÍ HÉMARD, I, Nº 44. [non vidi], cita de HALPERIN. Contrato, cit., p. 34, “la noción de eventualidad excluye la certidumbre y la imposibilidad; mas comprende el caso fortuito y aún la voluntad de las partes, siempre que el acontecimiento no dependa inevitable o exclusivamente de ella. Es suficiente que la certidumbre sea económica”.

[41] El tratadista J. Efrén OSSA, en su libro Teoría General del Seguro: El Contrato, expone que: “La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes ‘producen la nulidad relativa del seguro’. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de

la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato de uberrimae fidei". (Teoría General del Seguro: El Contrato, Ensayo de Interpretación Del Título V, Libro Cuarto, Del Código de Comercio de la República de Colombia, Volumen 2, Ed. Temis, 1984. Pg. 296).

[42] Código de Comercio, 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".

[43] Código de Comercio, artículo 1162: "Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058;

2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y

3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo”.

[44] M.P. Jorge Arango Mejía.

[45] Sentencia C-232 de 1997: “Con base en la redacción de la norma y en las actas números 12, 13, 14, 17, 18, 52, 73, 74, 90 y 91 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio (publicadas en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldese”, Bogotá, Unión Gráfica Ltda., páginas 91 a 99), que al decir del profesor J. Efrén Ossa G. (q.e.p.d.), “constituyen útil material informativo para el exégeta que desee aproximarse a la raíz de las normas legales que, conforme al Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, gobiernan el Contrato de Seguro”, es posible afirmar que del artículo 1058 del Código de Comercio, surge un régimen estructurado sobre las siguientes bases:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos o circunstancias significativos que determinan el estado del riesgo;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario preparado por el asegurador;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse;

e) Como la norma, en tratándose de la absolució del cuestionario, no contempla distinciones sobre el particular, la nulidad relativa se origina en las inexactitudes o reticencias que graviten tanto sobre el riesgo moral o subjetivo (referente a cualidades personales del tomador o asegurado), como sobre el riesgo físico u objetivo del bien asegurado (relativo a las particularidades físicas o materiales del objeto del seguro);

f) Cuando media un cuestionario, la nulidad tiene lugar por el solo acaecimiento de la inexactitud o reticencia, ya sea fruto de dolo o culpa del tomador;

g) Si la declaración es libre o espontánea, esto es, no sujeta a cuestionario alguno, las reticencias o inexactitudes dolosas o culposas conducen también a la nulidad relativa, pero, por manifestación expresa de la ley, sólo en lo que atañe al riesgo objetivo o físico del bien asegurado;

h) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpable del tomador. Pero el siniestro que en tales casos se produzca, sólo obliga al asegurador a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al verdadero estado del riesgo, con la excepción, claro está, del principio de incontestabilidad que, en materia de seguros de vida, consagra el artículo 1160 del Código de Comercio;

i) La nulidad relativa y la disminución de la prestación asegurada no tienen aplicación 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, celebrado el contrato de seguro, los subsana o acepta expresa o tácitamente;

j) Como se deduce del acta número 73, 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”.

[46] Ibíd. C-232/97: “En el contrato de seguro, salvo lo dispuesto para los errores inculpables, el legislador, en lo que se refiere a la anulabilidad del negocio, consagró un tratamiento especial, más severo, de los vicios del consentimiento del asegurador, causados por las reticencias o inexactitudes culposas o dolosas del tomador en la declaración del estado del riesgo. En materia de seguros, la ley comercial se separó de la reglamentación común sobre nulidad relativa por error accidental en la calidad del objeto, contemplada en el Código Civil. La posibilidad de rescindir el contrato según el Código Civil, se amplió para los aseguradores, según las voces del Código de Comercio, pues esta norma, a diferencia del derecho civil, incluyó también, como causal de nulidad relativa, el error derivado de las reticencias o inexactitudes que impidieron que el aseguramiento se estipulara en condiciones más onerosas para el tomador. En lo tocante al derecho del asegurador de lograr la rescisión del seguro por dolo del tomador en la declaración del estado del riesgo, el Código de Comercio también ensanchó los límites previstos por el

Código Civil. Como la norma comercial permite la declaración de nulidad relativa, aun en el evento en que las reticencias o inexactitudes habrían inducido a la compañía aseguradora a estipular condiciones más onerosas, pero no a abstenerse de celebrar el contrato, por fuerza hay que aceptar que la regulación civil tiene un campo de acción más restringido”.

[47] Ibíd. C-232/97: “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 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”.

[48] M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[49] Sentencia T-086 de 2012: “En aplicación del principio de la buena fe, se puede concluir que este es un postulado de doble vía, que obliga a las partes a comportarse con probidad en el desarrollo de la relación contractual siendo esta una particularidad fundamental para efectos de interpretación de las cláusulas que lo rigen. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe analizarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de los deberes contractuales, sino también de algún modo la eficacia del mismo contrato”.

[50] M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[51] M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

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

[53] Ibíd. “La relación de aseguramiento, se caracteriza principalmente por imponer límites

al poder de la parte dominante. En este sentido, la parte que redacta e impone las condiciones del contrato debe cumplir, al menos, los siguientes parámetros: (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas que actúen en contra de los intereses del asegurado; y si las integran al contrato, (ii) deben interpretarlas a favor del usuario, en virtud del principio pro costumatore o pro homine. La Constitución protege de esta forma la posición de los usuarios de los contratos de seguros como manifestación del principio de la buena fe (art. 83, CP), el cual propende por el equilibrio de la relación de aseguramiento y la eliminación de todas aquellas condiciones que generan inseguridad jurídica en la ejecución del contrato”.

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

[55] Sentencia T-015 de 2012: “las preexistencias hacen alusión a las exclusiones al amparo de un seguro de vida que las aseguradoras pueden establecer cuando el asegurado padezca una enfermedad con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura y la muerte de éste se produzca como consecuencia de dicha enfermedad”.

[56] M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, Rad. 11001-31-03-023-2007-00600-02.

[57] M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[58] Sentencia T-222 de 2014: “En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo ésto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores,

suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto)[42]. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

[59] Ver sentencia T-662 de 2013, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[60] Sentencias T-499 de 2014 y T-341 de 2012.

[61] M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[62] M. P.: Nilson Pinilla Pinilla.

[63] M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva.