

Sentencia T-830/14

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

Esta Corporación ha consolidado una línea jurisprudencial uniforme, sobre la posibilidad de ejercer acción de tutela en contra de entidades financieras y aseguradoras. Principalmente, porque esta clase de entidades ejercen un papel determinante en la economía nacional, de tal forma que las sitúa en una posición privilegiada respecto de los ciudadanos o habitantes de nuestro país. Esos privilegios pueden traer consigo, directa o indirectamente, voluntaria o involuntariamente, la subordinación y/o indefensión de los particulares frente a ellas. De allí que, incluso, las haya considerado prestadoras de un servicio público.

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Reiteración de jurisprudencia/PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Juez debe verificar si ante la existencia de otro medio de defensa judicial, éste es eficaz e idóneo

El examen de subsidiariedad debe hacerse caso a caso. Y ello se explica pues en abstracto todos los recursos son eficaces e idóneos. Nadie podría negar, en el papel, la eficacia o idoneidad que el legislador ha querido dotar a los recursos judiciales de defensa de los derechos. No obstante, las circunstancias particulares de cada contexto determinarán esos supuestos que a veces son tan difíciles de concretar. Para esta Corte, “las herramientas procesales no son adecuadas y/o eficaces en abstracto (...). Si fuera de otra manera, el amparo constitucional perdería la eficacia pues las personas, hipotéticamente, siempre contarían con mecanismos de defensa idóneos y/o eficaces”. Así las cosas, al haberse flexibilizado el requisito respecto de los ciudadanos, los jueces tienen una carga argumentativa mayor. Ya no basta con decir que existe un recurso en el ordenamiento jurídico, sino que además, tendrán que argumentar por qué ese mecanismo es el idóneo y eficaz. La carga no debe corresponder a la parte pues la tutela parte del principio de informalidad procesal, sino que es el juez quien debe, como administrador de justicia constitucional, definirlo.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Procedencia para el pago de póliza cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional y los medios ordinarios no son idóneos

ACTIVIDAD ASEGURADORA-Aseguradoras deben dejar constancia de preexistencias o exclusión de alguna cobertura, al inicio del contrato, para evitar ambigüedades en el texto que ellas mismas han elaborado

DERECHO AL MINIMO VITAL-Orden a Aseguradora efectuar el pago del saldo insoluto de la obligación adquirida por la accionante con el Banco y en caso de haberse iniciado algún proceso ejecutivo en su contra, se ordena su terminación

Referencia: expedientes T-4.422.641, T-4.422.796

Acción de Tutela instaurada por Martha Lucía Dávila Pozzo en contra de Seguros de Vida Alfa S.A.; María del Socorro Zabaleta Mindiola en contra de Seguros Bolívar S.A.

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Bogotá, D.C., diez (10) de noviembre de dos mil catorce (2014).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Luis Ernesto Vargas Silva y Mauricio González Cuervo, y la Magistrada María Victoria Calle Correa, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política y en el Decreto Ley 2591 de 1997, profiere la siguiente

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos adoptados por los correspondientes juzgados de instancia que resolvieron las acciones de tutela promovidas por Martha Lucía Dávila Pozzo y María del Socorro Zabaleta Mindiola.

I. ANTECEDENTES

a) La Corte Constitucional mediante auto del veinticinco (25) de Julio de dos mil catorce (2014) expedido por la Sala de Selección Número Siete, decidió acumular los

siguientes expedientes: T-4.422.641, T-4.422.796, por analogía fáctica y jurídica.

b) Los expedientes acumulados tienen en común que los accionantes adquirieron créditos con entidades financieras, los cuales estaban respaldados por contratos de seguro suscritos con diferentes aseguradoras. Estas garantías operarían por muerte o pérdida de capacidad laboral en porcentaje mayor al 50%. Efectivamente, por distintas causas, los peticionarios fueron calificados con invalidez y, pese a ello, las aseguradoras se negaron a pagar la póliza. No obstante, por las circunstancias concretas de cada uno de los casos, se procederá a precisar sus especificidades:

Expediente T- 4.422.641. Martha Lucía Dávila Pozzo en contra de Seguros de Vida Alfa S.A.

1. Manifiesta la accionante que mediante resolución N° 000196 del doce (12) de junio de mil novecientos noventa (1990) fue nombrada en propiedad como docente de aula bajo el código 9001 Grado 14 por la Secretaría de Educación de Valledupar. Desde ese día prestó sus servicios como profesora, pero a raíz de su trabajo presentó varias patologías.

2. El veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013) le fue aprobado un crédito con el Banco Comercial AV Villas S.A., identificado bajo el código 1632140. De igual manera, suscribió un contrato de seguro con la empresa Seguros de Vida Alfa S.A. que, dijo, tiene una vigencia entre el primero (01) de agosto de dos mil doce hasta el primero (01) de agosto de dos mil catorce (2014). La póliza de seguros operaría por muerte o discapacidad total y permanente superior al cincuenta por ciento (50%).

3. El cinco (05) de septiembre de dos mil trece (2013) la U.T Oriente Región 5 le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del noventa y cinco punto cuarenta y cinco por ciento (95.45%) con fecha de estructuración del primero (01) de septiembre de (2013). El diagnóstico fue deficiencia por trastornos de la personalidad, hipertensión arterial y artrosis en la rodilla, así como discapacidades en la conducta, comunicación, locomoción, deposición del cuerpo, dependencia física, entre otras. En otros términos, padece una invalidez total y permanente.

4. Ante esas circunstancias, presentó solicitud formal al Banco AV Villas para que realizar

la reclamación respectiva a la aseguradora. El objetivo era obtener el pago del saldo insoluto de la obligación de conformidad con las cláusulas contenidas en el contrato de seguro.

5. Pese a ello, la aseguradora negó la petición invocando el artículo 1058 del Código de Comercio, argumentando que del dictamen médico se observa “que los diagnósticos que sirvieron de fundamento a la Dra. ANGÉLICA CAROLINA URIBE URIBE (...) fueron: un examen de psiquiatría de fecha 10 de abril del 2014 (...) examen de psicología del 5 de agosto de 2013 que arrojaron como resultado mi padecimiento de episodios de labilidad emocional” entre otros.

6. Ante estas circunstancias, solicita que le sean amparados sus derechos fundamentales, y en consecuencia, se ordene a la aseguradora pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida con el banco AV Villas S.A.

Respuesta de la entidad demandada

La aseguradora, Seguros de Vida Alfa S.A., guardó silencio.

Del fallo de primera instancia

El Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar, en providencia calendada del veintisiete (27) de febrero de dos mil catorce (2014), resolvió tutelar los derechos fundamentales de la peticionaria. En criterio del juzgado, si bien la acción de tutela, en principio, no es el mecanismo adecuado para ventilar esta clase de controversias, las circunstancias particulares de este caso llevan al juez constitucional a intervenir.

Así, sostuvo que la tutela será concedida pues “se encuentran vulnerados los derechos a la dignidad humana, a la debilidad manifiesta por estado de incapacidad, entre otros, puesto que ante la pérdida total de capacidad laboral de la quejosa, se hace necesario cubrir por parte de la aseguradora los riesgos pactados en el contrato de seguro”. Dado que el contrato de seguro es aleatorio, dijo, las partes están sometidas a una contingencia que puede representar una utilidad o una pérdida según ocurra o no el siniestro. De igual forma, la aseguradora no probó ninguna preexistencia y por tanto, la fue concedida.

Impugnación

La aseguradora y parte demandada, interpuso recurso de apelación en contra de la decisión del juez de primera instancia. Sin embargo, no sustentó el recurso.

Del fallo de segunda instancia

Expediente T-4.422.796. María del Socorro Zabaleta Mindiola en contra de Seguros Bolívar S.A.

1. Manifestó la peticionaria que trabajó como docente de aula en el departamento de educación, de la Secretaría de Educación de Valledupar. Actualmente, tiene sesenta y cinco años, motivo por el cual, pertenece al grupo de las personas de la tercera edad.
2. Indicó que con el objeto de asegurar su estabilidad económica en caso de muerte o incapacidad total, el primero (01) de diciembre del año dos mil (2000) adquirió una póliza de seguro de vida grupo de educadores de Colombia, bajo el número GR 5578. Su vigencia sería a partir del primero (01) de febrero del año dos mil uno (2001) por un valor de veinte millones de pesos (\$ 20.000.000).
3. Posteriormente aumentaría el valor asegurado, tal y como se señala en el certificado N° 242531 en un monto de treinta millones de pesos (\$ 30.000.000). Nuevamente, el veintidós (22) de mayo de dos mil ocho (2008) el valor aumentaría por veinte millones más (\$20.000.000). Sin embargo, el primero (01) de junio de dos mil nueve (2009) la póliza disminuyó al valor de treinta millones de pesos (\$30.000.000). Ese es el monto asegurado más reciente y tuvo una vigencia desde el primero (01) de agosto de dos mil nueve (2009) hasta la fecha.
4. Sostuvo que mientras desempeñaba sus funciones, fue diagnosticada con “laringitis crónica, erge otitis externa (...), sinusitis maxilar izquierda, pequeños quistes o plipos etmoidales y maxilares derechos, desviación septal, hipertrofia de los cornetes inferior derecho y medio bullosos izquierdo y rinitis (...) [En dos mil doce (2012)] me diagnosticaron que padezco de hipocausia mixta leve bilateral y por último en la electromiografía me diagnosticaron que tengo el síndrome moderado de túnel del carpo derecho”.
5. Fue así como la aseguradora de riesgos profesionales UT Oriente Región 5 por medio del dictamen expedido por la doctora Angélica Carolina Uribe Uribe, determinó que padecía

una pérdida de capacidad laboral del noventa y cinco punto cuarenta y cinco por ciento (95.45%), con fecha de estructuración del diecisiete (17) de julio de dos mil trece (2013). En consecuencia, fue retirada de su trabajo por invalidez el diez y ocho (18) de septiembre de ese mismo año.

6. Ante tales circunstancias, elevó una reclamación formal a Seguros Bolívar S.A. para que pagar el valor tomado por ella, con ocasión del contrato de seguros grupo de educadores. No obstante, la aseguradora se negó al pago de la póliza pues indicaron que la incapacidad diagnosticada no era total y permanente, sino tan solo parcial. Por ello, dijeron, no procede el pago solicitado.

Respuesta de la entidad demandada

La aseguradora Seguros Bolívar S.A. respondió extemporáneamente la tutela.

Del fallo de primera instancia

El Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Control de Garantías, negó el amparo constitucional tras considerarlo improcedente. En criterio del juzgado, la demandante cuenta con otros recursos judiciales para defender sus derechos, tal y como es el proceso ordinario ante la jurisdicción ordinaria civil. Por ello, al ser un mecanismo subsidiario, la tutela no es la vía adecuada para controvertir las actuaciones de la aseguradora.

Impugnación

La peticionaria impugnó la decisión del juez de primera instancia. Además de reiterar los argumentos esgrimidos en el escrito de tutela, sus alegatos se dirigieron a mostrar cómo los recursos con los que cuenta la peticionaria no le alcanzan para mantener a su familia. Indicó que es beneficiaria de una pensión por invalidez de dos millones seiscientos mil pesos, pero que sus gastos sobrepasan sus ingresos. Eso conlleva, definitivamente, a la vulneración de sus derechos pues por la negativa de la aseguradora, su derecho al mínimo vital se ve seriamente afectado.

Del fallo de segunda instancia

El Juzgado cuarto Penal del Circuito con funciones de Conocimiento de Valledupar, Cesar,

confirmó la decisión del juez de primera instancia. El argumento principal, fue la falta de cumplimiento de requisitos formales de la acción de tutela. Particularmente, del requisito de subsidiariedad. En su concepto, la acción de tutela no es procedente pues para ello existen otras vías judiciales y tampoco se encuentra verificada la existencia de un perjuicio irremediable.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Competencia

Esta Corte es competente para conocer de los fallos materia de revisión, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, 31 a 36 del Decreto 2591 de 1997 y en cumplimiento del auto del veinticinco (25) de julio de dos mil catorce (2014) expedido por la Sala de Selección Número Siete.

Problema jurídico y metodología de la decisión

De acuerdo con los antecedentes expuestos, corresponde a la Sala Novena de revisión resolver el siguiente problema jurídico: ¿Existe vulneración de los derechos fundamentales a la vida y al mínimo vital de las deudoras de un crédito, por la decisión de una aseguradora de negarse a pagar la póliza del seguro de vida por el riesgo de invalidez, argumentando que la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral fue adquirida antes de la celebración del contrato de seguro o que la enfermedad padecida no la coloca en condición de invalidez total y permanente?

Para resolver este interrogante, la Sala (i) reiterará su jurisprudencia sobre la procedencia de la acción de tutela en contra de entidades bancarias y/o aseguradoras (ii) examinará las reglas sobre el requisito de subsidiariedad; (iii) hará referencia a los casos en los que se ha debatido, en sede constitucional, la negativa del pago de pólizas de seguros, especialmente en aquellos eventos en que se presenta una tensión entre la aplicación estricta de cláusulas contractuales y los derechos al mínimo vital y la vivienda de personas vulnerables; (iv) abordará el estudio del caso concreto.

Acción de tutela contra entidades financieras y aseguradoras

De acuerdo con el artículo 86 de la Constitución, “toda persona tendrá acción de tutela para

reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”. Este artículo, consagra la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos fundamentales.

De igual forma, la segunda parte del artículo, indica que ese mecanismo de defensa judicial, procede no solo ante la acción o la omisión de alguna autoridad pública, sino que, al querer dotar de eficacia real a los derechos fundamentales, también procede respecto de particulares que los lesionen. No obstante, la misma disposición estableció algunas hipótesis que una vez verificadas, convertirían la acción de tutela en el mecanismo idóneo para discutir posibles violaciones de derechos fundamentales provenientes de particulares. Así, el artículo 86 estableció que la acción de tutela procede frente a particulares cuando: (i) presten un servicio público; (ii) atenten gravemente contra el interés público, o, finalmente; respecto de aquellos en los que la o el accionante se encuentre en estado de indefensión o subordinación.

De acuerdo con este artículo, esta Corte ha indicado en reiteradas ocasiones que en un Estado Social y Democrático de Derecho, los derechos fundamentales tienen tal magnitud, que sus efectos no se agotan frente a actuaciones que provengan exclusivamente de autoridades públicas. Así, las dinámicas sociales, culturales, políticas, jurídicas, económicas, entre otras, llevan a particulares a lesionar o agredir derechos fundamentales que no pueden quedar desprotegidos. Por tales motivos, el Decreto 2591 de 1991, en su artículo 42, en desarrollo de la Constitución, estableció sus causales de procedibilidad[1].

Pues bien, en este contexto, esta Corporación ha consolidado una línea jurisprudencial uniforme, sobre la posibilidad de ejercer acción de tutela en contra de entidades financieras y aseguradoras. Y ello se explica por varias razones. Principalmente, porque esta clase de entidades ejercen un papel determinante en la economía nacional, de tal forma que las sitúa en una posición privilegiada respecto de los ciudadanos o habitantes de nuestro país. Esos privilegios pueden traer consigo, directa o indirectamente, voluntaria o involuntariamente, la subordinación y/o indefensión de los particulares frente a ellas. De allí que, incluso, las haya considerado prestadoras de un servicio público.

Por ejemplo, sobre la posición de indefensión y subordinación, en la Sentencia T-222 de 2014, este Tribunal indicó que:

“En primer lugar, (...) las labores que ejercen se enmarcan dentro del concepto de servicio público y, en segundo lugar, porque entre aquellas y las personas existe una verdadera situación de indefensión o subordinación. Este Tribunal Constitucional ha entendido que por la naturaleza y magnitud de las actividades de las entidades financieras, no es posible que el ciudadano carezca de mecanismos eficaces para la defensa de sus derechos. En este contexto el amparo constitucional funciona, además, como una forma de control de las actividades financieras”.

De otra parte, en relación con la prestación de un servicio público, en la Sentencia T-738 de 2011, esta Corte estableció que ““las razones para hacer procedente la acción de tutela contra estas entidades ha tenido en cuenta, en general, que las actividades financieras – dentro de las que se encuentran la bancaria y aseguradora-, en tanto relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público es una manifestación de servicio público o que al menos involucra una actividad de interés público[2] de acuerdo con el artículo 355 Constitucional”. Eso quiere decir que desde una perspectiva constitucionalmente válida, la actividad financiera no solo es una labor privada. Su mal funcionamiento puede causar consecuencias de proporciones insospechadas. Así, cuando los particulares depositan dinero o toman un servicio de aquellas entidades, están entregando un voto de confianza “cuyo quebrantamiento puede generar consecuencias catastróficas para la economía de un país”[3].

De acuerdo con lo anterior, la acción de tutela es procedente frente a particulares que presten un servicio público. Dado que la jurisprudencia de la Corte ha mantenido una posición uniforme en el sentido de considerar las entidades financieras y aseguradoras como prestadoras de servicio público, la tutela se convierte en el mecanismo adecuado para controvertir las posibles vulneraciones a los derechos de los individuos, cuando quiera que resulten amenazados o vulnerados. Eso se explica, nuevamente, porque en esas relaciones la entidad privada ostenta una posición privilegiada sobre los ciudadanos, la cual los coloca en estado de indefensión o subordinación.

Requisito de subsidiariedad. Reiteración de jurisprudencia.

Uno de los principales argumentos señalados por el juez de segunda instancia, tiene que ver con el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela. En su concepto, el amparo no es el mecanismo adecuado para discutir esta clase de controversias, dado que el origen de la disputa se dio en el marco de una relación contractual. En esos eventos, la justicia ordinaria es la competente para conocer sobre el asunto. Por este motivo, la Sala encuentra pertinente pronunciarse sobre esta condición de procedibilidad, a fin de dar cuenta si se debe o no solucionar el fondo del asunto.

Así las cosas, el mismo artículo 86 de la Constitución que regula la acción de tutela, establece que este mecanismo solo procede cuando el afectado no cuente con otro medio para defender su derecho. Como se dijo, ese requisito se ha denominado tradicionalmente como el de subsidiariedad. Al tenor literal de la mencionada disposición, la tutela servirá para “la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión” de autoridades públicas o particulares, siempre que el peticionario “no disponga de otro medio de defensa judicial”. Lo anterior, sin perjuicio de que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

A partir de esos supuestos, esta Corporación ha desarrollado una abundante jurisprudencia que ha intentado precisar el alcance de este requisito. Así, en una primera etapa, la Corte entendió que el requisito de subsidiariedad solo se agotaba si el actor demostraba que no existía en el ordenamiento con algún medio de defensa. Por ejemplo, la sentencia C-543 de 1993 indicó que “la tutela fue concebida para dar solución eficiente a situaciones de hecho causadas por acciones u omisiones que lesionaran derechos fundamentales respecto de las cuales el sistema jurídico no contara con algún mecanismo de protección”. En otros términos, “la tutela no fue diseñada para reemplazar a la justicia ordinaria. Es un trámite excepcional que solo procede ante la carencia de otro recurso”[4].

En un segundo momento, este Tribunal flexibilizó el requisito respecto de los ciudadanos, pero lo intensificó frente al análisis que deben hacer los jueces. Así, el examen de subsidiariedad no se agota solamente porque la persona cuente con un recurso en el ordenamiento jurídico. Además, este debe ser idóneo y eficaz. Aunque la diferencia parezca sutil, no por ello es irrelevante. Para esta Corporación, “en la gran mayoría de casos, en abstracto, las personas contarían con recursos judiciales para hacer efectivos sus derechos.

Si este análisis se hiciera con base en ello, la tutela normalmente se tornaría improcedente. Por esta razón, el requisito de subsidiariedad no puede convertirse en un ritualismo excesivo que aleje a las personas del disfrute de sus derechos, ni reste eficacia a la supremacía de la Constitución. En ese sentido, el requisito de subsidiariedad implica, además, que en caso de contarse con algún medio de defensa sea eficaz e idóneo. En caso de no serlo, la acción de tutela será el mecanismo apropiado para defender los derechos fundamentales de las personas.”. No obstante las anteriores reglas, así el medio de defensa sea eficaz e idóneo, la tutela procederá para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable. En ese caso, la sentencia decidirá transitoriamente el asunto.

Ahora bien, el examen de subsidiariedad debe hacerse caso a caso. Y ello se explica pues en abstracto todos los recursos son eficaces e idóneos. Nadie podría negar, en el papel, la eficacia o idoneidad que el legislador ha querido dotar a los recursos judiciales de defensa de los derechos. No obstante, las circunstancias particulares de cada contexto determinarán esos supuestos que a veces son tan difíciles de concretar. Para esta Corte, “las herramientas procesales no son adecuadas y/o eficaces en abstracto (...). Si fuera de otra manera, el amparo constitucional perdería la eficacia pues las personas, hipotéticamente, siempre contarían con mecanismos de defensa idóneos y/o eficaces”[8]. Así las cosas, al haberse flexibilizado el requisito respecto de los ciudadanos, los jueces tienen una carga argumentativa mayor. Ya no basta con decir que existe un recurso en el ordenamiento jurídico, sino que además, tendrán que argumentar por qué ese mecanismo es el idóneo y eficaz. La carga no debe corresponder a la parte pues la tutela parte del principio de informalidad procesal, sino que es el juez quien debe, como administrador de justicia constitucional, definirlo.

Sobre este punto, además, el mecanismo de defensa debe tener el mismo nivel protector que la acción de tutela. De lo contrario, “se estaría simplemente frente a una burda y mecánica exégesis de la norma, en abierta contradicción con los principios vigentes en materia de efectividad de los derechos y con desconocimiento absoluto del querer expreso del Constituyente”[9]. Así, el otro medio “(...) ha de tener una efectividad igual o superior a la de la acción de tutela para lograr efectiva y concretamente que la protección sea inmediata. No basta, pues, con la existencia en abstracto de otro medio de defensa judicial si su eficacia es inferior a la de la acción de tutela.”[10] Estas razones han hecho que la Corte establezca que “el otro medio de defensa judicial debe ser siempre analizado por el

juez constitucional, a efectos de determinar su eficacia en relación con el amparo que él, en ejercicio de su atribución constitucional, podría otorgar”[11].

En la misma dirección,

“[L]a labor del juez de tutela no es simple. Debe realizar un examen de cada caso y poder establecer “(i) si la utilización del medio o recurso de defensa judicial existente tiene por virtud ofrecer la misma protección que se lograría a través de la acción de tutela[12]; (ii) si es posible hallar circunstancias que excusen o justifiquen que el interesado no haya promovido los mecanismos ordinarios que tiene a su alcance[13]; (iii) si la persona que solicita el amparo es un sujeto de especial protección constitucional, y por lo tanto su situación requiere de particular consideración[14][15]”[16]

Ahora bien, si el análisis de subsidiariedad implica un análisis profundo de los elementos del caso, es apenas natural que entre los factores que el juez deba considerar, existe un criterio subjetivo según el cual, dependiendo del sujeto que interponga el amparo, el resultado puede variar sustancialmente. Por ejemplo, si se trata de un sujeto de especial protección constitucional. Frente a aquellas personas existe una tendencia uniforme en la Corte que considera que no es posible aplicarles las mismas reglas que al común de la sociedad. Así, “no puede olvidarse que las reglas que para la sociedad son razonables, para sujetos de especial protección pueden tener repercusiones de mayor trascendencia que justifican un tratamiento diferencial positivo[17], y que amplía a su vez el ámbito de los derechos fundamentales susceptibles de protección por vía de tutela. Así, en el caso de los niños, la recreación o la alimentación balanceada, por ejemplo, cobran una particular importancia que generalmente no es la misma para el caso de los adultos (C.P. artículo 44). De igual forma, la protección a la maternidad en sus primeros meses adquiere una gran relevancia, que justifica un tratamiento preferencial en favor de la mujer (C.P. artículo 43)”[18]”[19].

Pues bien, la Corte ha expresado que

“la condición de sujeto de especial protección constitucional – especialmente en el caso de las personas de la tercera edad (Art. 46 C.P.), los discapacitados (Art. 47 C.P) y las mujeres cabeza de familia (Art. 43 C.P.) – así como la circunstancia de debilidad manifiesta en la que se encuentre el accionante, permiten presumir que los medios ordinarios de defensa judicial no son idóneos”[20]. Como se observa, la Corte ha invertido el análisis de subsidiariedad en

estos casos. Frente a estas personas el recurso se presume inidóneo e ineficaz, salvo que el juez en su estudio, luego de una carga argumentativa seria, constate lo contrario. Aquí sucede lo contrario que a la sociedad en general pues allí el juez debe realizar “un análisis estricto de subsidiariedad si el peticionario no enfrenta situaciones especiales que le impidan acudir a la jurisdicción en igualdad de condiciones que a los demás ciudadanos[21]”[22].

En conclusión, el requisito de subsidiariedad implica que la acción de tutela es procedente siempre y cuando no haya en el ordenamiento jurídico un recurso para defender ese derecho. En todo caso, así exista, el medio de defensa debe ser idóneo y eficaz. Si no lo es, la tutela es el mecanismo adecuado para discutir esas controversias. Pese a ello, respecto de los sujetos de especial protección constitucional, el requisito se flexibiliza. Frente a estos sujetos, se presume ineficaz. En todo caso, siempre será procedente el amparo como mecanismo transitorio para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Pronunciamientos relevantes sobre conflictos por el no pago de la póliza de seguro en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad. Reiteración de jurisprudencia.

De acuerdo con lo expuesto por la Sala, la Corte ha entendido que en principio la acción de tutela no es el mecanismo adecuado para discutir asuntos de naturaleza contractual, salvo que por las circunstancias particulares del caso se demuestre que el recurso judicial de defensa con el que cuenta el afectado no es idóneo y/o eficaz. En todo caso, siempre será procedente cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable. Allí, una vez verificada la viabilidad jurídica del amparo constitucional, dicho trámite se convierte en el mecanismo principal de protección, desplazando así a las vías ordinarias que normalmente deberían operar. Ahora bien, esta Sala realizará un comentario particular al respecto.

Llama la atención que cada vez con más frecuencia, las controversias originadas en los contratos de seguros llegan a esta Corporación para su eventual revisión. Y es notable, no solo por las particularidades y tensiones que envuelven estos casos, sino por los efectos que las decisiones de esta Corte pueden tener en las dinámicas financieras. No es un problema menor el hecho de que los ciudadanos encuentren en el amparo constitucional la vía más eficaz para exigir el cumplimiento de sus contratos. Si bien el papel de la justicia ordinaria

en la solución de esos conflictos ha sido muy importante, la esencia misma del contrato de seguro implica la cobertura de riesgos que en un abundante número de casos son traumáticos para el tomador. Ese ha sido el caso de los contratos que operan por muerte o incapacidad total y permanente del cliente. En otras palabras, cuando ocurre el siniestro, automáticamente la persona se halla en una condición de vulnerabilidad tan alta que sitúa a la empresa aseguradora en una posición mucho más ventajosa. Así, su negativa de pagar una póliza difícilmente puede ser controvertida pues, por un lado, la Superintendencia Financiera no es la encargada de hacer cumplir los contratos y, por otro lado, por las condiciones de vulnerabilidad, para los tomadores de seguros es una carga excesiva tener que acudir a un proceso judicial ordinario con todo el tiempo, esfuerzo y desgaste que ello implica.

En ese sentido, esta Corte ve con preocupación cómo algunas entidades financieras, conscientes de su posición, deciden injustificada y arbitrariamente negar el pago de la póliza a los ciudadanos para así obligarles a acudir a instancias ordinarias que, como se mostró en párrafos anteriores, pueden resultar ineficaces. Si bien es cierto que un contrato de seguro se rige por las reglas de la autonomía de la voluntad, no entiende cómo algunas aseguradoras reclaman de los tomadores buena fe en el cumplimiento del contrato sin que en ellas medie si quiera un mínimo al honrar sus obligaciones. Y es a partir de estas de esas consideraciones que la Sala abordará el estudio de las principales subreglas que ha fijado la Corte para estos asuntos.

En ese orden de ideas, en un primer momento, el estudio de casos sobre el no pago de pólizas de seguro, estuvo dirigido hacia el análisis de procedibilidad de la acción de tutela. Fue así como esta Corporación comenzó por discutir si el amparo constitucional era el mecanismo adecuado para estudiar estos litigios o si, por el contrario, la vía jurídicamente más viable era la justicia ordinaria. Así, por ejemplo, una de las primeras sentencias en referirse al tema fue la T-1091 de 2005. En aquella ocasión, se examinó un caso de una persona que había adquirido un crédito hipotecario para, precisamente, adquirir casa propia. Para ello, suscribió con la entidad financiera un contrato de mutuo amparado por una póliza de seguro que operaría por invalidez y/o muerte. Tiempo después, el tomador sufriría un accidente y perdería el 50.93% de capacidad laboral y como era apenas lógico, no pudo continuar pagando el crédito suscrito. En ese momento la aseguradora no pagaría el saldo insoluto de la obligación, argumentando mora en la mensualidad de la prima.

Como se dijo, en ese fallo la Corte enfatizó sus esfuerzos en el análisis de subsidiariedad de la acción de tutela. Así, manifestó que este trámite constitucional no era procedente si no se lograba probar la inminencia de un perjuicio irremediable. En aquella oportunidad, esta Corte consideró que los mecanismos ordinarios de defensa eran la vía adecuada, pues se trataba de conflictos típicamente contractuales. Sin embargo, dado que el banco acreedor había iniciado un proceso ejecutivo en contra de la deudora, la posibilidad del remate de su casa era casi irreversible. De allí que, como mecanismo transitorio, haya decidido tutelar los derechos de la petente hasta tanto en instancias ordinarias no se resolviera el fondo del asunto. Lo importante de esta sentencia, más allá del estudio de procedibilidad, es que comenzó por fijar algunas reglas que serían retomadas más adelante. Principalmente, que así se estuviera en mora en el pago de la prima mensual, era desproporcionado iniciar un proceso ejecutivo en contra de alguien con las condiciones de vulnerabilidad de la accionante. Igualmente, reprochó a la aseguradora, aunque no condenó, el hecho de no haberse hecho cargo de la deuda.

“este comportamiento de las accionadas como entidades pertenecientes al sistema financiero (...), evidencia una vez más la utilización de la posición dominante, tanto en el contrato de mutuo como en el de seguros cuando, amparadas en la aparente legalidad de la literalidad de las cláusulas de los documentos con que se instrumentaron los contratos de crédito hipotecario y el de seguros respectivamente, actuando en sus condiciones de acreedora sin satisfacción de su crédito por parte de la ejecutante y de no obligada al pago de indemnización por terminación del amparo vida ante la no cancelación de las primas, por parte de la aseguradora, se propicia la terminación formal de la vía ejecutiva, en la que como se dijo, ya no era factible debatir las controversias que podían llevar a que la obligada al pago de la deuda fuera la aseguradora, lo que obviamente liberaba a la accionante de esa carga. Es para la Sala entonces, un comportamiento con el que sin permitir que fuera la justicia la que decidiera el asunto, se causó a la accionante el riesgo inminente de perder su vivienda, que como se ha considerado en esta providencia, para ella hace parte de su mínimo vital”

Posteriormente, se expidió la sentencia T- 152 de 2006. Ese fallo es muy importante pues no solo varió la línea de la Corte según la cual solo es posible asumir conocimiento transitorio para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, sino que fijó unas reglas muy importantes relativas a la posibilidad de alegar preexistencias y exclusiones para no

pagar la póliza. En esa providencia la Corte comenzó a interpretar las reglas del contrato de seguro, de cara a la vigencia de los derechos fundamentales de los asegurados. En aquella ocasión, estudió un caso de una persona de bajos recursos que había adquirido un seguro familiar de salud, para eventuales contingencias médicas. Su médico tratante solicitó a la aseguradora una autorización para realizar la cirugía de “Varicocele Izquierdo”. Sin embargo, la empresa negó la orden pues la enfermedad sufrida era preexistente a la celebración del contrato y por tanto se encontraba excluido de la cobertura del seguro.

En ese contexto, la Corte tuteló los derechos fundamentales del peticionario y ordenó autorizar el procedimiento médico requerido, y para ello resaltó dos puntos muy importantes. Por un lado, la idea de la buena fe contractual y, por otro, la carga de probar las preexistencias médicas. Con respecto al primer tema, esta Corporación sostuvo que la buena fe en los contratos de seguro adquiere una relevancia particular, y se predica de ambas partes. Así, “cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión. En suma, sin en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual”[23]. Esto tendrá serias implicaciones en casos futuros, pues el valor de este principio será fuente de obligaciones entre las partes.

En relación con el segundo tema, se fijó la siguiente regla: “no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración”. En consecuencia, no es “constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse[24]”[25]. Como se aprecia, el valor que la Corte le comenzaría a entregar al principio de buena fe, sería trascendental.

En la sentencia T-642 de 2007, la Corte volvió a analizar un caso similar. En aquella oportunidad la aseguradora se negaba al pago de la póliza argumentando que la prueba de

la discapacidad no provenía de una autoridad competente. Ello, pues había sido otra y no la Junta Regional de Calificación de Invalidez quien había dictaminado la pérdida de capacidad laboral. En esa providencia, la corte no concedió el amparo, pues el peticionario contaba con recursos económicos para continuar cumpliendo con sus obligaciones, motivo por el cual el interés parecía ser exclusivamente patrimonial. En otras palabras, la Corte entendió que cuando el accionante persigue el pago de la póliza pero por la negativa de la aseguradora no se causa una lesión a su derecho al mínimo vital, el interés del actor es exclusivamente patrimonial. En esos casos, la tutela no sería el mecanismo adecuado y por ello, debe ser negada.

La Sentencia T-490 de 2009 nuevamente resolvió un caso de estas características. Según los hechos de la tutela, una persona de bajos recursos que toda su vida había trabajado de manera independiente como fumigador, adquirió una póliza de seguro que operaría por invalidez o muerte. El peticionario no contaba con rentas adicionales pues al haber sido trabajador independiente, quiso que el seguro adquirido fungiera como una garantía ante algún evento catastrófico. El seguro operaría por muerte o invalidez. Por desgracia del peticionario, tuvo que ser intervenido en varias ocasiones sin éxito. Al ser valorado, se dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 59.31%. En ese momento, solicitó al seguro el pago de la póliza, pero fue negada su petición argumentando que aún podía tener “trabajos remunerados”. En aquella sentencia, la Corte encontró que la razón por la cual la aseguradora se negaba al pago de la póliza, era insuficiente y causaba un daño desproporcionado al peticionario y su familia.

En ese sentido, esta Corporación señaló

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

tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial”

La sentencia T-832 de 2010 fijaría unas subreglas muy importantes sobre exclusiones y preexistencias. En primer lugar, estableció “(i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados”[26]. En esa providencia, la Corte tuvo que estudiar un caso en el que una persona de cincuenta y cuatro años había adquirido un crédito con un banco, el cual habría sido amparado por la aseguradora. Ese seguro, nuevamente, operaría por pérdida de capacidad laboral superior al 50% o por muerte. Su ARP le dictaminó una disminución del 77.5%, y al carecer de recursos económicos, solicitó a la aseguradora el pago insoluto de la obligación amparada. No obstante, esa entidad se negó al pedimento de la interesada pues indicó que no había informado su verdadero estado de salud, previo a la celebración del contrato. Es decir, había preexistencias que impedían el pago de la póliza de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio.

En esa ocasión la Corte indicó que pese a ello, “en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”. Posteriormente, esta Corporación, en Sentencia T-222 de 2014, reiteraría el argumento diciendo que “quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Así, esta Sentencia evidencia que para la Corte existen algunos casos donde, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, de ello no se sigue reticencia pues el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros”. Este punto será abordado más adelante por la Sala.

Mediante Sentencia T-1018 de 2010 la Corte reiteraría la regla. El peticionario sufría de cáncer gástrico a nivel estomacal, motivo por el cual había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Al haber suscrito un crédito con un banco, éste había exigido adquirir un seguro de vida grupo de deudores que respaldaría la deuda en caso de acaecer el siniestro. El argumento de la aseguradora para negar el pago de la póliza, era que existían enfermedades previas a la celebración del contrato y que el tomador no había informado. En ese caso, la Corte encontró probado un hecho superado pues el banco acreedor habría condonado la deuda. No obstante, la Corte sostuvo que,

“[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado “con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente. En otros términos, esta Corporación no encontró suficiente el argumento de la aseguradora que indica que por el hecho de no informar a la aseguradora una enfermedad, es suficiente para que una persona en condición de discapacidad deba continuar pagando el crédito por sí misma”[27].

Una Sentencia muy importante que abordaría este tema, es la T-751 de 2012. En aquella decisión, la Corte estudió varios casos de personas que habían adquirido créditos con entidades financieras y que las aseguradoras se negaban a pagar el saldo insoluto de esas obligaciones, alegando mala fe en los contratantes por existir las denominadas preexistencias. Para esta Corporación, el principio de buena fe en los contratos de seguro adquiere una mayor exigencia respecto de las aseguradoras. En efecto, “el contrato de seguro se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas”[28]. En igual sentido, “cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro”[29]. Si eso no sucede, no es posible que las aseguradoras aleguen preexistencias en su favor para no honrar sus obligaciones.

Según la mencionada providencia, los límites de la potestad de la parte contratante, “se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”[30]. Es decir, si la aseguradora no realizó un examen médico de ingreso, no podrá, entonces, alegar ningún tipo de preexistencia en el futuro. Esa tesis sería reiterada por la Sentencia T-662 de 2013 y la Sentencia T-222 de 2014.

Recientemente se expidió las sentencias T-342 de 2013 y T-222 de 2014. En las dos decisiones se abordaron casos de preexistencia y reticencia. En la primera, la Corte definió un caso de una persona de avanzada edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral, la cual le impedía continuar con su vida de manera regular. El actor había adquirido un seguro de vida grupo de deudores. Al exigir su pago, la aseguradora se opondría argumentando que al momento de suscribir el contrato, no había informado su verdadero estado de salud por lo cual se habría constituido una preexistencia que la legitimaría a no pagar el crédito. La Corte concedería el amparo, pues la aseguradora no realizó ningún examen médico previo a la suscripción del seguro. Así, sostuvo que “[d]e las pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado párrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía”[31].

La segunda sentencia es la T-222 de 2014. Los hechos del caso son análogos a los estudiados anteriormente. Principalmente, se trató de una providencia que estudió tres casos en donde presuntamente existieron deficiencias en la información suministrada por los contratantes a la hora de celebrar el contrato de seguro. En otras palabras, la aseguradora alegaba preexistencia y en consecuencia, reticencia. Esa decisión es muy importante, pues no solo recoge las subreglas que la jurisprudencia ha definido a lo largo de sus sentencias, sino que establece una distinción relevante en materia de reticencia. Así, la Corte entendió que el artículo 1058 del Código de Comercio castiga la mala fe del tomador

del seguro. Eso quiere decir que cuando la persona va a tomar un seguro, está obligado a suministrar la información que pudiera incidir en la decisión de la aseguradora, o que hiciera más oneroso el contrato. En caso de no hacerlo, estará actuando de mala fe y con ello se castiga con nulidad relativa su reticencia. No obstante, la preexistencia no es sinónimo de reticencia pues a pesar de ser un hecho anterior a la celebración del contrato, de allí no se sigue que exista mala fe en tanto el tomador puede no conocer la información que da lugar a la presunta reticencia. En consecuencia, dijo la Corte, es la aseguradora quien debe no solo probar la preexistencia, sino que además la deficiencia en la declaración se dio por mala fe del tomador.

Para este Tribunal Constitucional,

“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 esto 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)[32]. 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”[33].

Como se indicó, en esa misma providencia se recogieron las principales reglas y criterios que se deben verificar para conceder el amparo constitucional. Y es a partir de allí que esta Sala resolverá los casos concretos. En ese orden, la Corte ha considerado que se violan los derechos fundamentales de las y los asegurados, especialmente al mínimo vital, cuando: “(i) la persona carezca de recursos económicos para continuar con el pago de las cuotas del crédito; (ii) exista probabilidad de lesionar los derechos de personas que dependan económicamente de él; (iii) en los casos de preexistencias la obligación de declarar no puede ser absoluta, pues existen eventos donde no es posible informar con certeza todas las condiciones del asegurado, especialmente, cuando las cláusulas del contrato son muy amplias o ambiguas; (iv) 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 y, finalmente; (v) preexistencia no es sinónimo de reticencia. En este último evento, se deberá acreditar mala fe del asegurado. Cuando se acrediten tales condiciones, no excluyentes, las aseguradoras tendrán que pagar el saldo insoluto de la obligación”[34].

Solución de los casos concretos

De conformidad con la jurisprudencia estudiada, la Corte Constitucional ha entendido que para que la acción de tutela sea procedente, es necesario demostrar que el mecanismo judicial con el que cuentan los accionantes es inidóneo y/o ineficaz. En ese momento, los jueces de tutela adquieren competencia para resolver el asunto de fondo. Una vez el juez constitucional examina el caso, deberá entonces verificar que se cumplan las condiciones fijadas por esta misma Corporación para conceder el amparo. Así, no basta con que el caso sea procedente, sino que se deben seguir las siguientes reglas: en primer lugar, (i) la persona debe carecer de recursos económicos. Adicionalmente, (ii) existe mayor

probabilidad de lesionar los derechos del petente, si existen personas a su cargo como, a manera de ejemplo, un núcleo familiar. En el caso de preexistencias, (iii) la obligación de declarar no es absoluta, pues existen casos que implicarían cargas desproporcionadas e incluso imposibles de cumplir para el asegurado. Así mismo, (iv) la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora, quien deberá solicitar un examen previo de ingreso, so pena de no poderla alegar en un futuro. En consecuencia, (v) la preexistencia no es sinónimo de reticencia pues esta última implica mala fe, la cual deberá ser probada la aseguradora.

De acuerdo con lo anterior, esta Sala, como primera medida, realizará un examen formal (procedibilidad del amparo) de las acciones de tutela interpuestas, para, en caso de superarse, analizar el fondo de los asuntos y resolverlos concretamente.

Del cumplimiento de requisitos formales

De acuerdo con las sentencias de esta Corporación, la acción de tutela debe cumplir con dos requisitos que se podrían denominar, formales. El primero el de inmediatez, y, el segundo, el de subsidiariedad. Sobre el primer punto la Sala no hará comentarios adicionales pues encuentra que del hecho presuntamente vulnerador del derecho no transcurrió tanto tiempo como para que la Corte haga un pronunciamiento extensivo sobre el tema. Por su parte, en el segundo evento, esta Sala declarará cumplido el requisito de subsidiariedad en los dos casos. Lo anterior, por al menos, las siguientes razones.

Lo primero que hay que decir es que en ambos eventos, las personas si cuentan con un mecanismo jurídico para controvertir la decisión de las aseguradoras y obligarles a cancelar sus obligaciones. En efecto, por regla general, las personas que pretendan hacer valer el pago de la póliza de seguros tras haber acaecido un siniestro, pueden acudir a la jurisdicción ordinaria a través de un proceso declarativo con el objeto de, en caso de haber incumplido el contrato, obligar a la aseguradora a pagar la respectiva póliza de seguro. Esta es la vía apropiada para ventilar estos temas. Ello quiere decir que los accionantes si cuentan con un mecanismo en el ordenamiento jurídico que a su vez es idóneo. Es decir, específicamente existe un medio apropiado que está diseñado para sus intereses[35].

Sin embargo, el recurso con el que cuentan estas personas no es eficaz. Y no lo es por al menos dos razones. Primero que todo, porque los peticionarios son sujetos de especial

protección constitucional. En esos eventos, la Corte ha establecido con claridad que el requisito de subsidiariedad se flexibiliza pues lo que es eficaz para el común de la sociedad, para esas personas, no. Efectivamente, los tutelantes padecen de una discapacidad bastante grave. En los asuntos examinados han perdido más del 50% de capacidad laboral. Pero adicionalmente, en segundo lugar, en la mayoría de los casos, presuntamente carecen de recursos económicos. Revisado el expediente, casi todos los accionantes afirman que se encuentran en problemas monetarios que les impide continuar con el pago de los créditos adquiridos. Eso se explica en buena forma porque al perder gran parte de su capacidad laboral, no pueden continuar trabajando.

A ello habría que sumarle la presunción establecida en el artículo 20 del Decreto 2591 la cual establece que en caso de guardar silencio por la parte accionada, se tendrán como ciertas las afirmaciones hechas en el escrito de tutela. Precisamente, eso fue lo que sucedió en estos casos. En ninguno de los dos expedientes estudiados se controvirtieron las afirmaciones hechas por las accionantes, razón suficiente para dar por ciertos los hechos que allí se dijeron. Uno de esos fue la ausencia de capacidad económica. Así, ante la negligencia procesal de las accionadas, se dará por cierto.

Ir a jurisdicciones ordinarias es obligar a la accionante a asumir cargas desproporcionadas que si bien son soportables para el común de la sociedad, para ella no lo son. Esta clase de procesos “lleva consigo una serie de trámites (demanda, notificaciones, diligencias judiciales, práctica de pruebas, etc.) que [los accionantes no están] en capacidad de cumplir en condiciones de igualdad. El solo hecho de tener que movilizarse ya es una situación tortuosa para ella y sus familiares”[36]. En este panorama, la Corte conocerá el fondo del asunto de los dos casos revisados.

Expediente T- 4.422.641. Martha Lucía Dávila Pozzo en contra de Seguros de Vida Alfa S.A.

De conformidad con los hechos planteados, la señora Martha Lucía Dávila interpuso acción de tutela para que le fueran protegidos sus derechos fundamentales, los cuales encuentra vulnerados por la empresa Seguros de Vida Alfa S.A. Manifiesta la accionante que mediante resolución N° 000196 del doce (12) de junio de mil novecientos noventa (1990) fue nombrada en propiedad como docente de aula bajo el código 9001 Grado 14 por la

Secretaría de Educación de Valledupar. El veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013) le fue aprobado un crédito con el Banco Comercial AV Villas S.A. De igual manera, suscribió un contrato de seguro con la empresa Seguros de Vida Alfa S.A. el cual operaría por muerte o discapacidad total y permanente superior al cincuenta por ciento (50%). El cinco (05) de septiembre de dos mil trece (2013) la U.T Oriente Región 5 le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del noventa y cinco punto cuarenta y cinco por ciento (95.45%) con fecha de estructuración del primero (01) de septiembre de (2013).

Fue así como presentó solicitud formal al Banco AV Villas para que realizara la reclamación respectiva a la aseguradora. Pese a ello, la aseguradora negó la petición invocando el artículo 1058 del código de comercio, argumentando que del dictamen médico se observa “que los diagnósticos que sirvieron de fundamento a la Dra. ANGÉLICA CAROLINA URIBE URIBE (...) fueron: un examen de psiquiatría de fecha 10 de abril del 2014 (...) examen de psicología del 5 de agosto de 2013 que arrojaron como resultado mi padecimiento de episodios de labilidad emocional” entre otros. Manifiesta que carece de recursos económicos para mantenerse y que además, debe velar por el sostenimiento de su familia. Ante estas circunstancias, solicita que le sean amparados sus derechos fundamentales, y en consecuencia, se ordene a la aseguradora pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida con el banco AV Villas S.A. A continuación, la Sala examinará las reglas fijadas por la jurisprudencia constitucional para que, una vez cumplidas, se determine o no la protección de los derechos fundamentales.

De acuerdo con los hechos del caso, la Sala concederá el amparo constitucional de los derechos fundamentales de la actora, toda vez que la respuesta de la aseguradora es constitucionalmente inadmisibles y carece de todo fundamento jurídico. De igual manera, de los elementos estudiados se desprende que la peticionaria cumple con todos los requisitos exigidos por la jurisprudencia de la Corte cuando se presentan estos eventos. Así, la entidad accionada está en la obligación de pagar a la señora Dávila la obligación adquirida al haber acaecido el siniestro.

Así las cosas, la Corte, en materia de preexistencias, ha señalado que no son sinónimo de reticencia. En efecto, el artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación del asegurado de declarar toda la información que tenga en su poder que tenga la virtualidad o de modificar las condiciones del contrato o, sencillamente, de abstener a la aseguradora de

celebrarlo. En caso de no cumplirse con esta carga, el contrato será nulo. Es una especie de sanción a quién de mala fe no suministra toda la información a la aseguradora e incumple a sus deberes como contratante.

A pesar de lo anterior, esta Corporación, especialmente en la sentencia T-222 de 2014, indicó que preexistencia no es sinónimo de reticencia pues el artículo 1058 castiga la mala fe del tomador del seguro. De esa manera, si bien en muchos casos las preexistencias sean un caso de reticencia, de ahí no se desprende, ineludiblemente, mala fe del asegurado. Por ejemplo en casos donde la enfermedad asegurada sea silenciosa, o incluso en aquellos eventos en los que por motivos de fuerza mayor o causales justificantes no existían razones por las cuales el o la asegurada conociera su estado de salud. Esas fueron tan solo algunas hipótesis de los eventos en los que preexistencia no es igual a reticencia.

A partir de allí y con base en las anteriores decisiones de la Corte, dicha sentencia sostuvo que las aseguradoras deben cumplir con determinadas cargas para eximirse de la responsabilidad de no cumplir con sus obligaciones. Principalmente, para alegar preexistencias como causal de reticencia, la aseguradora tendrá que (i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar preexistencia sin que se exija demostrar mala fe.

Pues bien, a partir de esas reglas esbozadas por la jurisprudencia de esta Corporación, la Sala concederá los derechos fundamentales de la señora Dávila. En efecto, no se encuentran en el expediente pruebas de que se le haya practicado un examen de ingreso por parte de la empresa demandada a fin de determinar su estado de salud. Así, se realizó el contrato sin saber con certeza las enfermedades preexistentes de la señora Dávila. Tan solo aquellas que aparecían en la historia clínica. En consecuencia, era desproporcionado pedirle a la accionante que conociera absolutamente, con detalle, su estado de salud, y no exigirle un mínimo de diligencia a la aseguradora en el sentido de practicar un examen de entrada a la hora de firmar el contrato.

En todo caso, así se hubiera realizado, la entidad demandada se limitó a decir que existía

una preexistencia y por tanto reticencia, sin si quiera señalar las razones por las cuales consideraba que existía mala fe del demandante. En consecuencia, lo que hizo la demandada fue recibir el pago de una prima mensual para, de mala fe, limitarse a decir que existió preexistencia y obligar a la accionante, en su estado de discapacidad, acudir a vías ordinarias. En ese orden de ideas, no se encuentra en el expediente ninguna prueba que acredite la mala fe de la señora Dávila. En otros términos, ni se practicó un examen de ingreso, ni se probó que la enfermedad fue adquirida antes de celebrado el contrato, ni mucho menos que hubo mala fe en el actuar de la petente.

Además de lo anterior, la persona que interpone la acción de tutela padece una enfermedad que la sitúa una grave condición de vulnerabilidad. La Sala quiere reiterar que no estamos en presencia de cualquier clase de discapacidad sino que presenta una pérdida de capacidad laboral de casi el 100%. En otras palabras, la posibilidad de que pueda adquirir ingresos para cancelar sus deudas, es mínima. No es constitucionalmente aceptable que la entidad accionada celebre contratos para luego, con personas que normalmente padecen eventos traumáticos, no honrarlos.

A ello habría que añadirle que en caso de que la aseguradora, injustificadamente, no cumpla con sus deberes, el curso natural para el cobro de las obligaciones indicaría que el banco Av. Villas iniciaría un proceso ejecutivo en contra de la señora Dávila. Esta Sala sabe que de ocurrir, existiría una alta probabilidad de lesionarse, aún más, los derechos fundamentales que se buscan cautelar. La vivienda y los bienes que posea la deudora serán rematados por el juzgado de conocimiento. Todo con ocasión de la negligencia de la aseguradora.

Es por estas razones que la Sala Novena de Revisión Constitucional tutelaré los derechos fundamentales de la accionante y en consecuencia ordenará a la aseguradora cumplir con sus obligaciones contractuales. Para ello, deberá cancelar el saldo insoluto de la obligación adquirida entre la peticionaria y el banco Av. Villas.

Expediente T-4.422.796. María del Socorro Zabaleta Mindiola en contra de Seguros Bolívar S.A.

La señora María del Socorro Zabaleta Mindiola interpuso acción de tutela en contra de la empresa Seguros Bolívar S.A., para que le fuera protegido su derecho al mínimo vital, tras la

negativa de la aseguradora de realizar el pago de la póliza de seguro. Narra en su escrito que trabajó como docente de aula en el departamento de educación, de la Secretaría de Educación de Valledupar. Actualmente, tiene sesenta y cinco años, motivo por el cual, pertenece al grupo de las personas de la tercera edad. Indicó que con el objeto de asegurar su estabilidad económica, el primero (01) de diciembre del año dos mil (2000) adquirió una póliza de seguro de vida grupo de educadores de Colombia, bajo el número GR 5578. El monto asegurado más reciente fue de treinta millones de pesos (\$ 30.000.000) y tuvo una vigencia desde el primero (01) de agosto de dos mil nueve (2009) hasta la fecha.

Mientras desempeñaba sus funciones, fue diagnosticada con “laringitis crónica, erge otitis externa (...), sinusitis maxilar izquierda, pequeños quistes o quistes etmoidales y maxilares derechos, desviación septal, hipertrofia de los cornetes inferior derecho y medio bulbosos izquierdo y rinitis (...) [En dos mil doce (2012)] me diagnosticaron que padezco de hipocausia mixta leve bilateral y por último en la electromiografía me diagnosticaron que tengo el síndrome moderado de túnel del carpo derecho”. Fue así como la aseguradora de riesgos profesionales UT Oriente Región 5 por medio del dictamen expedido por la doctora Angélica Carolina Uribe Uribe, determinó que padecía una pérdida de capacidad laboral del noventa y cinco punto cuarenta y cinco por ciento (95.45%), con fecha de estructuración del diecisiete (17) de julio de dos mil trece (2013). En consecuencia, fue retirada de su trabajo por invalidez el diez y ocho (18) de septiembre de ese mismo año.

Ante tales circunstancias, elevó una reclamación formal a Seguros Bolívar S.A. para que pagar el valor tomado por ella, con ocasión del contrato de seguros grupo de educadores. No obstante, la aseguradora se negó al pago de la póliza pues indicaron que la incapacidad diagnosticada no era total y permanente, sino tan solo parcial. Por ello, dijeron, no procede el pago solicitado.

Luego de analizar el expediente, la Corte encuentra que de conformidad con las reglas establecidas por esta Corporación, la empresa Seguros Bolívar S.A. efectivamente vulneró el derecho al mínimo vital de la señora María del Socorro Zabaleta Mindiola. En efecto, con la negativa de cancelar la póliza de seguros adquirida, se causa un perjuicio desproporcionado que genera efectos negativos en los derechos de la peticionaria. Y ello es así, al menos, por las siguientes razones:

La primera regla de la Corte establece que la persona que interpone la acción de tutela debe carecer de recursos económicos que indiquen un daño desproporcionado en su derecho al mínimo vital. En ese sentido, así un sujeto se encuentre en estado de discapacidad, eso no es razón suficiente para conceder el amparo, pues, en sí mismo, este tipo de casos involucran personas en esa condición. Debe existir una relación causal entre la negativa de la aseguradora y su derecho al mínimo vital, la cual se verifica con la ausencia de capacidad económica. Para ello, entonces, el juez constitucional tiene varias vías. Por ejemplo, a través del material probatorio, de indicios, o incluso de presunciones.

Pues bien, en el presente caso, la señora María del Socorro afirmó en su escrito de tutela que carece de recursos económicos para sufragar sus gastos personales. Incluso, en la impugnación del fallo de primera instancia, realizó un detallado resumen de sus gastos, en el cual demostró cómo con sus ingresos no logra sostenerse a sí misma y a su familia. En efecto, indicó que por su pensión de invalidez le fue reconocida la suma de dos millones seiscientos mil pesos, pero que al ser cabeza de hogar, debe pagar mensualmente la suma de doscientos noventa mil pesos por el financiamiento de la matrícula de la universidad de su hijo. Igualmente, sus gastos, los de su hijo, ascienden a quinientos mil pesos mensuales. De la misma manera, viven con ella su esposo quien se encuentra desempleado y una tía a quien también mantiene. En igual situación, debe pagar trescientos cincuenta mil pesos por servicios públicos y trescientos mil pesos más por arriendo. Sus gastos de mercado ascienden a cuatrocientos mil pesos y el resto debe pagarlo con tarjetas de crédito que aproximadamente debe un millón ciento cincuenta mil pesos mensuales. Por todas estas afirmaciones la peticionaria aportó soportes documentales.

Ante esas circunstancias, basta a la Sala hacer una operación matemática para dar cuenta que la capacidad económica de la petente es crítica, y la negativa de la aseguradora efectivamente lesiona su derecho al mínimo vital. En efecto, si bien la póliza adquirida no respalda una obligación alterna, el hecho mismo de haber acaecido el siniestro coloca a la peticionaria en una imposibilidad económica tan alta que la ausencia de esos recursos debidos por la empresa de seguros, efectivamente lesionan sus derechos. Así, esta Corte ha señalado en reiterada jurisprudencia que el derecho de mínimo vital no es un concepto cuantitativo, sino cualitativo. A ello habría que agregarle que la aseguradora no controvertió estas afirmaciones, razón por la cual se presumirán ciertas[37].

En segunda medida, se cumple con la segunda regla fijada por la Corte, pues de conformidad con los párrafos anteriores, al lesionársele el derecho al mínimo vital de la petente, se causan perjuicios sobre los derechos fundamentales de su familia. Así, en su escrito de tutela, la señora Zabaleta expuso que su familia depende económicamente de ella. En consecuencia, al no tener ingresos alternos y por las dificultades que para su familia representa, la negativa de la aseguradora genera impactos colaterales sobre los derechos de sus familiares. Cabe recordar que este hecho tampoco fue controvertido, motivo por el cual, ante la negligencia de la aseguradora, se dará por cierto.

Pero además de esas razones, algo que no deja de llamar la atención a esta Sala es que los motivos por los cuales la empresa demandada niega el reconocimiento del derecho de la actora, carecen de absoluto fundamento jurídico y probatorio. Y esa es una situación que alerta pues lo que hizo en este caso la compañía fue actuar de mala fe. Mientras la petente mensualmente pagaba las cuotas del seguro, cuando tuvo que honrar sus obligaciones, la aseguradora esgrimió un argumento poco serio en el sentido de decir que la incapacidad no fue total y permanente, a pesar de que en el certificado que de calificación de invalidez, claramente se vislumbra. Lo que realmente sucedió es que la aseguradora optó por una estrategia conveniente en el sentido de cobrar las cuotas mensuales del seguro, pero, ante la imposibilidad de discusión[38], sin fundamento ni razón, negar el pago de la póliza. Eso dilataría la capacidad de maniobra jurídica que tenía la señora.

En consecuencia, está claro que la actuación de la aseguradora fue de mala fe y al haberse constatado algunas reglas aplicables al caso concreto, los derechos fundamentales, especialmente el del mínimo vital, fueron vulnerados. Por tanto, la tutela será concedida y la empresa Seguros de Bolívar S.A. deberá pagar el saldo insoluto de la obligación debida.

DECISIÓN

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

PRIMERO.- REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, en sentencia del nueve (09) de abril de dos mil catorce (2014), que revocó la decisión del juez de primera instancia y negó las pretensiones de la accionante. En su lugar, CONCEDER

la tutela del derecho fundamental al mínimo vital de Martha Lucía Dávila Pozzo.

SEGUNDO.- ORDENAR a Seguros de Vida Alfa S.A que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el pago del saldo insoluto de la obligación adquirida por María del Carmen Socorro Zabaleta Mindiola con el Banco Av. Villas. De igual forma, en caso de haberse iniciado algún proceso ejecutivo en su contra, se ordena su terminación de conformidad con las consideraciones hechas en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Valledupar, Cesar, del tres (03) de abril de dos mil catorce (2014) que confirmó la decisión del Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Control de Garantías, la cual negó el amparo constitucional de los derechos fundamentales de la Señora María del Socorro Zabaleta Mindiola. En su lugar, CONCEDER la tutela del derecho fundamental al mínimo vital de la actora.

CUARTO.- ORDENAR a Seguros Bolívar S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar a la señora María del Carmen Socorro Zabaleta Mindiola, la suma de treinta millones de pesos (\$ 30.000.000), por la póliza de seguro tomada por la peticionaria.

Por Secretaría General, líbrense las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1997.

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

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARÍA VICTORA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

ANDRES MUTIS VANEGAS

Secretario General

[1] La acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos: 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.

[2] Cita tomada de Sentencia T-222 de 2014 que a su vez fue extraída de la T-738 de 2011: Es importante señalar que en algunas oportunidades la jurisprudencia constitucional ha planteado una especie de asimilación entre la noción de servicio público y la de interés público. Así por ejemplo, en la sentencia T-847 de 2010 la Corte Constitucional señaló lo siguiente: “Concretamente, cuando el reclamo constitucional tiene que ver con la

vulneración de los derechos al buen nombre y al hábeas data por parte de una entidad bancaria, derivado del reporte efectuado a las centrales de riesgo a partir de una obligación que la actora afirma inexistente, la acción de tutela se torna procedente porque la actividad financiera, cuyo objetivo principal es el de captar recursos económicos del público para administrarlos, intervenirlos y obtener de su manejo un provecho de igual naturaleza, ha sido considerada por la Corte Constitucional como servicio público (...). Lo anterior lo reglamenta el artículo 335 Superior cuando señala que las actividades financieras, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos que se captan del conglomerado en general, 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.”

[3] Sentencia C-640 de 2010

[4] Citas tomadas de la sentencia T-662 de 2013.

[5] Sentencia T-222 de 2014.

[6] Sentencia T-211 de 2009. Cita tomada de la Sentencia T-113 de 2013 y T-662 de 2014.

[7] Sentencia T-222 de 2014.

[8] Sentencia T-662 de 2014.

[9] sentencias T-414 de 1992 y SU-961 de 1999

[10] Sentencia SU-961 de 1999

[11] Sentencia T-1316 de 2001.

[12] T-068/06, T-822/02, T-384/98, y T-414/92.

[13] Ibíd.

[14] Ver, entre otras, las sentencias T-656 de 2006, T-435 de 2006, T-768 de 2005, T-651 de

2004, y T-1012 de 2003. Citas cambiadas de orden por transcripción.

[15] Sentencia T-211 de 2009.

[16] Sentencia T-662 de 2013.

[17] Corte Constitucional, Sentencia T-347/96 MP. Julio César Ortiz. En el mismo sentido ver la Sentencia T-416/01 MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[18] Sentencia T-1316 de 2001

[19] Sentencia T-662 de 2013.

[20] Sentencia T-651 de 2009. En igual sentido Sentencia T-662 de 2013.

[21] Sentencia T-589 de 2011.

[23] Sentencia T-152 de 2006.

[24] Sentencia T-059 de 1997.

[25] Sentencia T-152 de 2006.

[26] Sentencia T-832 de 2010, citada por la Sentencia T-222 de 2014.

[27] Sentencia T-1018 de 2010, citada en la Sentencia T-222 de 2014.

[28] Sentencia T-751 de 2012.

[29] *Ibíd.*

[30] *Ibíd.*

[31] Sentencia T-342 de 2013.

[32] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Bogotá D.C. Sent. Cas. Civ. de 11 de abril de 2002, Exp. No. 6815.

[33] Sentencia T-222 de 2014.

[34] Sentencia T-222 de 2014.

[35] Sentencia T-222 de 2014.

[36] Sentencia T-662 de 2013.

[37] Artículo 20 del decreto 2591 de 1991.

[38] Ver introducción al capítulo denominado Pronunciamientos relevantes sobre conflictos por el no pago de la póliza de seguro en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad. Reiteración de jurisprudencia.