

Sentencia T-902/13

ACCION DE TUTELA FRENTA A CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional cuando el margen de desigualdad existente entre las partes es tal que establece una situación de indefensión/ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS- Procedencia excepcional cuando prestan un servicio público o actividad de interés público

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

Cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, y los mecanismos ordinarios no sean eficaces o idóneos, resulta procedente el amparo constitucional. Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría lugar la tutela, pues el conflicto se debe resolver 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.

CONTRATO DE SEGUROS-Condicionas

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

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Se predica tanto de tomador como

de asegurador

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

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.

PRINCIPIO DE EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL-El sistema de seguridad asignó competencia de calificar pérdidas de capacidad laboral a variedad de instituciones, dependiendo del régimen al cual pertenezca el interesado

El artículo 48 de la Constitución Política consagra que el servicio público de Seguridad Social se prestará con sujeción al principio de eficiencia; y el artículo 2 de la Ley 100 de 1993 define ese postulado como “(...) la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.” Siguiendo el mandato de eficiencia, el sistema de seguridad social asignó la competencia de calificar pérdidas de capacidad laboral a una variedad de instituciones, dependiendo del régimen al cual pertenezca el interesado y de las especialidades que se necesiten para examinar el caso. Así, dispuso que las pérdidas de capacidad laboral de las personas que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social sean dictaminadas por las Juntas de Calificación; que las condiciones físicas de los miembros de la Fuerza Pública sean evaluadas por entidades pertenecientes a la institución castrense; que la de los empleados de Ecopetrol sean estudiadas por las entidades competentes dentro de su régimen; y que la de los

miembros del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio sea examinada por la autoridad correspondiente que preste los servicios médicos asistenciales.

LIBERTAD PROBATORIA EN CONTRATO DE SEGUROS-No restringe la prueba del siniestro al dictamen de la Junta Regional de calificación

DERECHO A LA VIVIENDA DIGNA Y AL MINIMO VITAL-Vulneración por Aseguradora al exigir que pérdida de capacidad laboral sea calificada por Junta Regional de Calificación sin tener en cuenta que accionante pertenece al régimen exceptuado como el del Magisterio

La actuación de la demandada vulneró los derechos al mínimo vital y el debido proceso de la accionante, al negarse a afectar la póliza de seguro de vida grupo deudores que amparaba su crédito hipotecario, ya que (i) exigirle que demuestre su pérdida de capacidad laboral a través de la Junta Regional de Calificación, desconoce la eficiencia del sistema de seguridad social, en perjuicio de una persona que es sujeto de especial protección constitucional y tiene una amenaza real para el cubrimiento de sus necesidades básicas; además, (ii) no se probó que las condiciones del contrato establecieran un solo mecanismo para demostrar el siniestro, y por tanto a la accionante se le restringió la libertad probatoria injustificadamente. Su pérdida de capacidad laboral fue certificada por la entidad que tiene la facultad de hacerlo, dada su vinculación al Magisterio y al no haberse impugnado, quedó en firme.

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

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

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Vulneración cuando entidad aseguradora toma como fecha del siniestro la fecha de estructuración de invalidez para declarar prescripción

La actuación de la demandada vulneró los derechos al debido proceso y el mínimo vital de la accionante, al negarse a afectar la póliza de vida grupo deudores que ampara su crédito sosteniendo que ocurrió en su caso el fenómeno de la prescripción, por cuanto (i) el

contrato de seguro no estipula que el siniestro deba entenderse ocurrido al momento del diagnóstico inicial de la enfermedad; (ii) puede aceptarse razonablemente que el siniestro se produjo cuando con ocasión de la metástasis ósea que le fue diagnosticada, la actora no pudo seguir laborando por la pérdida de su capacidad funcional, concluyendo la Sala, que en esta ocasión no se presenta el fenómeno de la prescripción, porque la reclamación se presentó dentro del término estipulado en la ley.

Referencia: T-3974160 y T-3978372 (Expedientes acumulados)

Expediente T-3974160. Acción de tutela presentada por Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A y el Banco Caja Social S.A. (vinculado).

Expediente T-3978372. Acción de tutela presentada por Miryan Lucero Vargas Caicedo contra QBE Seguros S.A. y el Fondo Nacional del Ahorro.

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., tres (3) de diciembre de dos mil trece (2013)

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos proferidos por el Juzgado Treinta y Dos Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá el ocho (8) de abril de dos mil trece (2013), en primera instancia, y por el Juzgado Cuarenta y Nueve Penal del Circuito de Bogotá el seis (6) de junio de dos mil trece (2013), en segunda instancia, en la acción promovida por Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A; y por el Juzgado Cuarenta y Cuatro Civil del Circuito Piloto de la Oralidad de Bogotá el diecisiete (17) de mayo de dos mil trece (2013), en primera instancia, y el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá el cuatro (4) de junio de dos mil trece (2013), en segunda instancia, en la acción promovida por Miryan Lucero Vargas Caicedo contra QBE Seguros S.A. y el Fondo Nacional del Ahorro.

Los procesos de la referencia fueron escogidos y acumulados para revisión por la Sala de Selección Número Siete, mediante auto proferido el treinta (30) de julio de dos mil trece (2013). Para esta Sala procede la acumulación decretada por la Sala de Selección, por existir relación entre los hechos que motivan las dos (2) acciones, y en razón a ello se producirá un solo fallo para decidirlos.

I. ANTECEDENTES

Claudia Lucía Ortega Cortés y Miryan Lucero Vargas Caicedo interpusieron acciones de tutela contra las empresas Liberty Seguros S.A. y QBE Seguros S.A., respectivamente. Consideran que esas entidades vulneraron sus derechos al debido proceso y el mínimo vital, al negarse a hacer efectivas las pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparan sus obligaciones crediticias. Afirman que tienen derecho al pago de la indemnización porque, (i) se encuentran en un estado de salud que les imposibilita cancelar sus deudas financieras; (ii) sus respectivos Bancos tomaron un seguro que cubre ese riesgo; y, a su juicio, (iii) cumplen todos los requisitos estipulados en las pólizas.

A continuación se realizará una exposición más amplia de los antecedentes de cada caso, la respuesta de las autoridades accionadas y las decisiones objeto de revisión.

1. Caso de Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A. Expediente T-3974160

1.1. Narración de los hechos y argumentos jurídicos presentados en la demanda

1.1.1. Claudia Lucía Ortega Cortés adquirió un crédito de vivienda con el Banco Caja Social el ocho (8) de noviembre de dos mil uno (2001), por un valor de dieciséis millones treinta y cinco mil pesos (\$16.035.000). Esa deuda fue amparada por un seguro de vida grupo deudores que tomó la entidad financiera con Liberty Seguros S.A., el cual garantiza el pago del saldo insoluto del crédito ante la muerte, enfermedad grave o la incapacidad total y permanente de la peticionaria.[1]

1.1.2. El trece (13) de febrero de dos mil doce (2012) la accionante fue calificada con un 75% de pérdida de capacidad laboral de origen profesional, causada principalmente por una “monoatrofia del miembro superior derecho y una hernia discal cervical”.[2] Dicha

calificación fue realizada por la empresa Médicos Asociados S.A. porque la accionante trabajó como docente oficial del Distrito Capital de Bogotá, y esa entidad es la encargada de prestar los servicios de salud para el personal del Magisterio. Además, para efectos de reclamar la pensión de invalidez ella debía recurrir a esa empresa para que certificara su pérdida de capacidad laboral, de conformidad con el artículo 5º de la Ley 91 de 1989.[3]

1.1.3. Con base en lo anterior, la accionante solicitó a Liberty Seguros S.A. afectar la póliza que ampara el riesgo cubierto, al no poder cancelar su crédito ante su incapacidad total y permanente, y de esta forma cubrir el saldo insoluto de la deuda.[4] La empresa aseguradora, sin embargo, respondió que no podía acceder a sus pretensiones porque “para formalizar un reclamo bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente se requiere presentar el certificado expedido por la Junta de Calificación de Invalidez del Sistema de Seguridad Social, en donde se establezca un porcentaje de pérdida igual o superior al 50%”. [5] (Subrayado original del texto). Explicó que la invalidez debía acreditarse por la Junta Regional de Calificación, y no por otra entidad, porque en las condiciones generales del contrato de seguro bajo el cual se presentó la solicitud de la indemnización, se establece que el grado de invalidez debe examinarse “(...) con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social”. [6] (Subrayado original del texto).

1.1.4. En este contexto, Claudia Lucía Ortega Cortés presentó acción de tutela contra Liberty Seguros S.A., pretendiendo el amparo de sus derechos fundamentales al debido proceso y el mínimo vital, y hacer efectivo el seguro de vida grupo deudores No. 4600-94002009, cancelándose los saldos insolutos del crédito tomado con el Banco Caja Social.

Argumenta que tiene derecho al pago reclamado porque (i) hace parte del régimen de seguridad social especial del Magisterio, y en ese sentido puede acreditar la incapacidad con la entidad encargada de prestar los servicios de salud a los profesores oficiales del Distrito; (ii) el dictamen se realizó con base en el manual único de calificación del sistema de seguridad social, y el mismo sirvió de base para que le reconocieran una pensión en enero de dos mil trece (2013) por valor aproximado a un salario mínimo; [7] (iii) y necesita eliminar las consecuencias negativas derivadas de la ocurrencia de un riesgo asegurado, es decir, cubrir el saldo insoluto de la deuda ante su incapacidad de hacerlo. Adicionalmente, señala que la acción de tutela procede en este caso porque si bien existen otros medios de

defensa judicial, éstos no son idóneos ni eficaces para proteger los derechos fundamentales invocados, si se tiene en cuenta su situación de invalidez y que vela por el sostenimiento de sus padres mayores de edad.

1.2. Intervención de las entidades demandadas

1.2.1. Liberty Seguros S.A. solicitó que se declarara improcedente el amparo constitucional en tanto existen otros mecanismos de defensa judicial en la jurisdicción ordinaria, y no observó que en este caso se presentara la acción para evitar un perjuicio irremediable. De todas formas, señaló que de conformidad con los presupuestos fácticos del caso debía concluirse que Claudia Lucía Ortega Cortés no tiene derecho a que se haga efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores en cuestión, porque “para efectos de que el amparo tuviera operancia se hacía indispensable que la [peticionaria] fuera calificada con un grado de invalidez del sistema de seguridad social, es decir, por medio del dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la junta de calificación de la invalidez”. [8]

Afirma, que exigir que la invalidez sea certificada por la Junta Regional de Calificación, se debe a la necesidad de unificar y objetivizar las calificaciones dentro de la entidad aseguradora, garantizando la igualdad entre los usuarios que solicitan el pago de sus respectivas indemnizaciones.

1.2.2. Por su parte, el Banco Caja Social intervino en el proceso de tutela para solicitar que se le desvinculara del mismo. A su juicio, el Banco “no es la entidad aseguradora que define la prosperidad de la reclamación”, por lo cual no hay lugar a que se declare que vulneró los derechos fundamentales de la accionante.

1.3. De las sentencias objeto de revisión

1.3.1. El Juzgado Treinta y Dos Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá resolvió en primera instancia declarar improcedente la acción de tutela, mediante sentencia del ocho (8) de abril de dos mil trece (2013). Argumentó que la controversia se enmarcaba en acuerdos privados que debían ser debatidos en la justicia ordinaria, y que en tanto no se observaba la ocurrencia de un perjuicio irremediable, la acción de tutela no era el medio para buscar la defensa de los derechos invocados.

1.3.2. Luego de impugnada la sentencia por la peticionaria, el Juzgado Cuarenta y Nueve Penal del Circuito de Bogotá conoció en segunda instancia. En fallo del seis (6) de junio de dos mil trece (2013) decidió confirmar la providencia anterior, esgrimiendo para ello los mismos argumentos.

2. Caso de Miryan Lucero Vargas Caicedo contra QBE Seguros S.A. y el Fondo Nacional del Ahorro. Expediente T-3978372

2.1. Narración de los hechos y argumentos jurídicos presentados en la demanda

2.1.1. Miryan Lucero Vargas Caicedo tomó un crédito hipotecario con el Fondo Nacional del Ahorro el diecinueve (19) de marzo de dos mil ocho (2008), por un valor de veintinueve millones de pesos (\$29.000.000).[9] Dicho crédito fue amparado por un seguro de vida grupo deudores que tomó la entidad financiera con QBE Seguros S.A., el cual cubre el saldo insoluto de la deuda ante el riesgo de muerte, enfermedad grave o incapacidad total y permanente de la accionante.

2.1.2. El primero (1º) de julio de dos mil ocho (2008) la peticionaria fue diagnosticada con “un tumor maligno de la mama”.[10] que para el catorce (14) de octubre del año dos mil once (2011) se esparció e hizo “metástasis en el sistema óseo”.[11]

2.1.3. Con base en lo anterior, el tres (3) de diciembre de dos mil doce (2012), Miryan Lucero Vargas Caicedo solicitó a QBE Seguros S.A. que hiciera efectiva la póliza y asumiera el saldo insoluto del crédito hipotecario.[12] Consideró que con sus padecimientos había ocurrido el riesgo amparado por el seguro, pues tenía una enfermedad catastrófica que le impedía continuar pagando la deuda. La empresa aseguradora, empero, manifestó que la póliza no podía hacerse efectiva porque en este caso operaba el fenómeno de la prescripción. Específicamente, indicó que entre el momento de la ocurrencia del siniestro (cuando por primera vez le diagnosticaron cáncer de mama) y el día que efectuó la reclamación transcurrieron más de cuatro (4) años,[13] y de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, las acciones correspondientes deben impetrarse dentro de los dos (2) años siguientes de ocurrido el siniestro.[14]

2.1.4. En este marco, Miryan Lucero Vargas Caicedo interpuso la acción de tutela que ahora es objeto de revisión por la Corte. Allí pretende que se amparen sus derechos

fundamentales al debido proceso y el mínimo vital, y se ordene a QBE Seguros S.A. que haga efectiva la póliza No. 201100000271,[15] y cancele el saldo insoluto del crédito hipotecario tomado con el Fondo Nacional del Ahorro.

Señala que tiene derecho a que se haga efectiva la póliza a pesar de que transcurrieron más de dos (2) años desde que le diagnosticaron el tumor, porque (i) efectuó el reclamo apenas tuvo conocimiento de que el contrato de seguro en cuestión cubría el riesgo de una enfermedad catastrófica, y no sólo el fallecimiento; y (ii) en tanto su enfermedad es progresiva, debería entenderse que el término de prescripción empezó a correr cuando el cáncer hizo metástasis, pues fue en ese momento cuando ya no pudo seguir laborando dada la gravedad de su situación de salud y se vio imposibilitada para seguir pagando la deuda por sus propios medios. Por lo demás, agrega que su derecho al mínimo vital está en peligro de ser vulnerado porque atraviesa una situación económica precaria, la cual se agrava si se tiene en cuenta que es madre cabeza de familia de un hijo menor de edad (12 años)[16] y que no tiene capacidades físicas para ofrecer su fuerza de trabajo en el mercado laboral.

2.2. Intervención de las entidades demandadas

2.2.1. QBE Seguros S.A. intervino en el proceso de la referencia solicitando que se declarara improcedente la acción de tutela y, en su defecto, que se denegaran las pretensiones de la misma. Argumentó, en primer lugar, que en la jurisdicción ordinaria existen mecanismos para resolver la controversia suscitada, y en tanto no se busca evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, la acción de tutela resulta improcedente. En segundo lugar, señaló que de todas formas no podía hacerse efectiva la póliza en cuestión, porque “(...) la prescripción ordinaria establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio corre para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción [el siniestro], para nuestro caso, es a partir del 2 de julio de 2008, fecha en la que le fuera diagnosticada la enfermedad.”[17]

2.2.2. El Fondo Nacional del Ahorro, por su parte, solicitó ser apartado del proceso de tutela, pues “simplemente tiene la calidad de tomador de la póliza de seguro por enfermedad grave”, y es a la empresa aseguradora demandada a quien le corresponde reconocer y pagar la póliza en cuestión.

2.3. De las sentencias objeto de revisión

2.3.1. El Juzgado Cuarenta y Cuatro Civil del Circuito Piloto de la Oralidad de Bogotá amparó en primera instancia los derechos fundamentales de Miryan Lucero Vargas Caicedo, y ordenó a QBE Seguros S.A. hacer efectiva la póliza. Mediante sentencia del diecisiete (17) de mayo de dos mil trece (2013), sostuvo que a la accionante le asistía el derecho porque estaba sometida a un estado de debilidad manifiesta que obligaba a considerar especialmente su caso, más aún si se valoraba su estado de salud y el hecho de que es madre cabeza de familia de un menor de edad. En ningún aparte de la sentencia se hizo mención al planteamiento esgrimido por la aseguradora a propósito de la prescripción.[18]

2.3.2. La sentencia fue impugnada por el representante de QBE Seguros S.A. En su escrito explicó que el Juez de primera instancia no tuvo en consideración que la oportunidad para reclamar el derecho había prescrito, y que por eso no podía hacerse efectiva la póliza. Además, solicitó que de prosperar las pretensiones de la tutela, se declarara que sólo debía pagar el saldo insoluto del crédito hipotecario adquirido por Miryan Lucero Vargas Caicedo, de conformidad con el principio de proporcionalidad.[19] Señaló que ella ya había efectuado pagos hasta el diecisiete (17) de abril de dos mil trece (2013), por un monto de dieciocho millones trescientos setenta y un mil ochocientos veinticuatro pesos (\$18.371.824), y que en virtud del contrato de seguro sólo le corresponde pagar el resto.[20]

2.3.3. El Tribunal Superior de Bogotá, Sala Séptima de Decisión Civil, decidió revocar la sentencia de primera instancia mediante fallo del cuatro (4) de junio de dos mil trece (2013). Afirmó que no podían acogerse las consideraciones de la providencia censurada porque no estudió el problema jurídico que planteaba el caso, relativo al tema de la prescripción. Igualmente, dijo que la objeción de la aseguradora para hacer efectiva la póliza no era injustificada ni caprichosa, y por el contrario, encontró que la misma se ajustaba a la jurisprudencia dictada por ese Tribunal.

3. Actividad surtida en el proceso de revisión

Mediante auto del veinticinco (25) de octubre de dos mil trece (2013), la Magistrada Sustanciadora ofició a las entidades demandadas para que remitieran a esta Corporación copias de las pólizas de seguro de vida grupo deudores en cuestión.

3.1. Liberty Seguros S.A. remitió una “copia de la licitación en la cual reposan las condiciones que rigen la Póliza de Seguro No. 4500-94002009, los amparos contratados, edad de ingreso y permanencia, la duración de la cobertura contratada y las cláusulas especiales, entre otras”.[21] Así mismo, reafirmó que la decisión de no afectar la respectiva póliza se basaba en que la peticionaria no adjuntó un dictamen de la Junta Regional de Calificación, a pesar de que el contrato estipula que las discapacidades deben certificarse “con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social.”

3.2. QBE Seguros S.A. envió a la Sala una “copia de la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 201100000271, cuya entidad tomadora es el Fondo Nacional del Ahorro”.[22]

3.3. Igualmente, se ofició a la empresa Médicos Asociados S.A. para que ilustrara circunstancias relativas a la calificación de pérdida de capacidad laboral de Claudia Lucía Ortega Cortés. Dentro del término otorgado, la empresa remitió la siguiente información: (i) el dictamen fue realizado según criterios del Manual de Calificación de Invalidez; (ii) la fecha de estructuración de la invalidez data del diecisiete (17) de febrero de dos mil once (2011); y (iii) la última cita de valoración por salud ocupacional fue el veintisiete (27) de marzo de dos mil trece (2013).[23]

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Competencia

La Sala es competente para revisar los fallos de tutela referidos, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución, y 33 y 34 del Decreto 2591 de 1991.

2. Planteamiento de los casos y problemas jurídicos

En esta oportunidad le corresponde a la Corte estudiar dos (2) casos en los cuales se pretende hacer efectivas las pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparan

obligaciones crediticias de las accionantes. A pesar de que en ambos asuntos se observan similitudes que justifican la acumulación, la Sala estima necesario plantear dos problemas jurídicos diversos, ya que las objeciones de las respectivas aseguradoras hacen alusión a temas distintos, y se requiere acudir a diversas fuentes de información para resolver las controversias.

2.1. En el caso de Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A. (expediente T-3974160), la accionante reclama la protección de sus derechos al debido proceso y el mínimo vital, y solicita que la aseguradora afecte la póliza que ampara su obligación crediticia. Estima que al perder su capacidad laboral en un 75%, calificada por la empresa Médicos Asociados S.A., se presentó el siniestro. La empresa aseguradora, por su parte, se opone a la prosperidad de sus pretensiones porque la condición de discapacidad debió acreditarla con la Junta Regional de Calificación, ya que las condiciones generales del contrato de seguro bajo el cual se presentó la solicitud de la indemnización estipulan que sólo se cubren incapacidades totales y permanentes evaluadas “con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social”.

De conformidad con lo anterior, a la Sala Primera de Revisión le corresponde establecer si, ¿una empresa de seguros vulnera los derechos al debido proceso y el mínimo vital de una usuaria en condición de invalidez (calificada con una pérdida de capacidad laboral, superior al 50%), al negarse a reconocer el amparo correspondiente a su crédito hipotecario, argumentando que la pérdida de capacidad laboral sólo puede acreditarse a través de un dictamen de la Junta Regional de Calificación, a pesar de que otra entidad del sistema de seguridad social determinó, siguiendo los criterios del manual de calificación, su pérdida de la capacidad laboral y no está probado que en el contrato de seguro se haya pactado tal exigencia para demostrar el siniestro?

2.2. En el caso de Miryan Lucero Vargas Caicedo contra QBE Seguros S.A. y el Fondo Nacional del Ahorro (expediente T-3978372), la peticionaria también sostiene que se vulneró su derecho al mínimo vital al negarse a afectar la póliza del seguro de vida grupo deudores que ampara su crédito hipotecario, pues al padecer una enfermedad catastrófica y degenerativa (cáncer de mama con metástasis ósea) se realizó el riesgo asegurado. En este asunto, sin embargo, la demandada se opone a sus pretensiones porque estima que operó el fenómeno de la prescripción, en tanto transcurrieron más de cuatro (4) años desde

que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad y el día de la reclamación. Argumenta que, de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, las acciones correspondientes deben impetrarse dentro de los dos (2) años siguientes de ocurrido el “hecho que da base a la acción”. La actora argumenta que para computar el término de prescripción se está partiendo erróneamente del momento en el que le diagnosticaron cáncer de mama, y no desde que su enfermedad hizo metástasis, que es cuando verdaderamente el riesgo amparado se materializó, ya que no pudo continuar laborando y por consiguiente tampoco cancelando la cuota de su crédito.

En este contexto, a la Sala le corresponde resolver el siguiente problema jurídico: ¿una aseguradora vulnera el derecho fundamental al mínimo vital de una usuaria que padece una enfermedad catastrófica degenerativa, al negarse a hacer efectiva la póliza que ampara su crédito hipotecario argumentando que operó el fenómeno de la prescripción, a pesar de que en el contrato de seguro no se pactó que el siniestro deba entenderse ocurrido al momento del diagnóstico inicial?

2.3. Para resolver los problemas jurídicos planteados la Sala utilizará la siguiente metodología: (i) iniciará estudiando la procedencia de las acciones de tutela presentadas en esta oportunidad, teniendo en cuenta que las entidades demandadas son empresas particulares. De resultar procedentes las acciones, (ii) resolverá de fondo los asuntos de conformidad con la jurisprudencia de esta Corporación sobre el derecho de seguros y su funcionamiento en el marco de la Constitución Política.

3. Las acciones de tutela presentadas en esta oportunidad son procedentes para buscar la protección de los derechos fundamentales

En los asuntos objeto de revisión las demandantes presentaron sus acciones contra empresas aseguradoras particulares, que consideran que las respectivas tutelas son improcedentes, entre otras razones, porque existen otros medios de defensa judicial para tramitar las pretensiones. Le corresponde entonces a esta Sala determinar si proceden las acciones de tutela, y si es viable pronunciarse de fondo en los asuntos.

3.1. La acción de tutela procede contra las demandadas, así sean entidades de naturaleza privada

3.1.1. El artículo 86 de la Constitución Política[24] establece que la acción de tutela procede generalmente contra autoridades públicas que con sus acciones u omisiones vulneren o amenacen los derechos fundamentales de una persona, y excepcionalmente contra particulares, si (i) prestan servicios públicos, (ii) atentan grave y directamente el interés colectivo, o (iii) la acción se interpone para amparar los derechos de quien se encuentra en situación de subordinación o indefensión respecto del particular. Por su parte, el artículo 42 del Decreto Ley 2591 de 1991, mediante el cual se reglamenta la acción de tutela, señala que ésta procede contra particulares “(...) [c]uando la solicitud sea para tutelar quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión (...)”

Conforme esas disposiciones, la doctrina constitucional ha sostenido pacíficamente que la tutela procede contra las entidades del sistema financiero y las aseguradoras, así sean de naturaleza privada, porque desarrollan una actividad de interés público y frente a ellas los usuarios se encuentran en estado de indefensión. En palabras de la Corte:

“[e]l interés público en el correcto funcionamiento de estos subsectores [del sector bancario y asegurador] de la economía es innegable. Ello se explica no solo porque tales entidades manejan, aprovechan e invierten vastos recursos captados del público, sino que a diferencia de otras actividades que disponen igualmente de elevadas sumas de dinero, “dependen para su correcto funcionamiento de un voto colectivo, permanente y tácito de confianza, cuyo quebrantamiento puede generar consecuencias catastróficas para la economía de un país”. [25] || El sistema bancario entero se soporta sobre una intangible pero determinante presunción de que el dinero consignado será puesto a disposición del depositante en cualquier momento que éste lo requiera; del mismo modo que el contratante de una póliza de seguro presume y confía que las primas que periódicamente consigna se harán efectivas al momento de ocurrir el siniestro. La confianza en la calidad, seriedad y operatividad del sistema financiero y asegurador, así como de la regulación estatal sobre la misma, es la que permite que las personas acepten realizar transacciones bajo un entramado común de reglas e instituciones”. [26]

3.1.2. De otra parte, esta Corporación ha destacado la situación de indefensión en que pueden encontrarse los ciudadanos frente a las entidades del sistema financiero y

asegurador, toda vez que dichos establecimientos gozan de una posición dominante en el mercado frente a los usuarios. La asimetría en la relación se caracteriza por las condiciones unilaterales que imponen para el acceso a los productos y servicios que ofrecen.

En la sentencia T-136 de 2013,[27] la Sala Quinta de Revisión encontró que una acción de tutela era procedente para reclamar el pago de una indemnización con cargo a una póliza de vida grupo deudores, porque el accionante se hallaba en estado de vulnerabilidad e indefensión respecto de la aseguradora. La Corte explicó que:

“(…) las empresas del sector financiero gozan de amplias atribuciones legales para el ejercicio de sus funciones, mientras el ciudadano que acude a sus servicios se encuentra, normalmente, en situación de indefensión. || En lo que tiene que ver específicamente con la condición física y mental del señor Rincón Torres, es de notar que el mismo es sujeto de especial protección constitucional tanto por su avanzada edad (77 años), como por el hecho de haber sido calificado con un 56.60% de invalidez como consecuencia del “Alzheimer, altamente disfuncional” que lo aqueja. Es más, la propia junta médica sostiene que su padecimiento de origen común lo hace dependiente de la ayuda de terceros.”[28]

3.1.3. Frente a los asuntos que ahora se estudian, la Sala encuentra que Claudia Lucía Ortega Cortés perdió su capacidad laboral en un 75%, debido a una enfermedad causada por una “monoatrofia del miembro superior derecho y una hernia discal cervical”, y Miryan Lucero Vargas Caicedo padece una enfermedad catastrófica, (cáncer de seno y metástasis ósea), que le impide vincularse al mercado laboral.

La Sala considera que las acciones de tutela son procedentes, en tanto las aseguradoras desarrollan una actividad de interés público,[29] y las actoras se encuentran en situación de debilidad manifiesta que pone en peligro sus condiciones de vida en dignidad. Debe examinarse ahora si se cumple con el presupuesto de subsidiariedad de la acción de tutela.

3.2. Los medios ordinarios de defensa no son idóneos ni eficaces para buscar la protección de los derechos fundamentales de las accionantes

3.2.1. La acción de tutela procede cuando (i) no existan otros medios de defensa judiciales para la protección del derecho amenazado o desconocido; cuando (ii) existiendo esos

mecanismos no sean eficaces o idóneos para salvaguardar los derechos fundamentales en el marco del caso concreto, evento en que la tutela desplaza el medio ordinario de defensa; o cuando (iii) sea imprescindible la intervención del juez constitucional para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable (art. 86, C.P.), hipótesis en la cual el amparo opera en principio como mecanismo transitorio de protección.

En los casos relativos al derecho de seguros, las partes tienen la posibilidad de acudir a la justicia ordinaria para que dirima las controversias que se presenten, derivadas del contrato de seguro.

Sin embargo, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, y los mecanismos ordinarios no sean eficaces o idóneos, resulta procedente el amparo constitucional.[30] Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría lugar la tutela, pues el conflicto se debe resolver 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.

3.2.2. Por ejemplo en la sentencia T-738 de 2011,[31] la Corte Constitucional declaró procedente una acción de tutela en la cual se pretendía hacer efectiva una póliza de seguro de vida grupo deudores, bajo el entendido de que el accionante se encontraba en estado vulnerable por haber perdido su capacidad laboral en un 75.08%, con el impacto que tal situación generaba sobre sus ingresos económicos. La Corte dijo lo siguiente:

“[l]a situación así analizada se presenta como grave y con capacidad de generar una afectación a los derechos fundamentales del accionante en tanto no estaría en capacidad de protegerse, de no ser por vía de la acción de tutela. Esto es así por cuanto no contaría con mecanismos rápidos y adecuados para conjurar la eventual afectación de sus derechos, en especial si se tiene en cuenta que frente al contrato de seguro que pretende hacer valer tendría solamente la opción de adelantar la vía ordinaria –en concreto a través de una acción de responsabilidad civil extracontractual-, mecanismo que se presenta como ineficaz de cara a la urgencia expresada en la acción de tutela. || Como se puede apreciar, la situación planteada en el presente caso apunta a la inminencia de una afectación significativa de sus derechos fundamentales, que no podría conjurarse a través de otros

mecanismos a disposición del actor. (...)"[32]

En efecto, (i) pretenden la protección del mínimo vital, porque las dos (2) accionantes atraviesan una situación económica difícil debido a sus padecimientos físicos, y tienen a cargo otras personas que a su vez no pueden cubrir autónomamente sus necesidades. Claudia Lucía Ortega Cortés padece una enfermedad que impacta su capacidad laboral en un 75%, y debe cubrir sus necesidades básicas y las de sus padres con ingresos de un salario mínimo. Por su parte, Miryan Lucero Vargas Caicedo padece una enfermedad catastrófica que le impide desempeñarse en el mercado laboral, aunado a que es madre cabeza de familia de un menor de edad (12 años).[33] Pero además, (ii) buscan evitar un perjuicio en el goce de su derecho a la vivienda digna, pues a raíz de sus afecciones físicas no pueden cancelar las cuotas mensuales de sus créditos hipotecarios, y por estar en mora pueden ser objeto de un proceso judicial para hacer efectivas las garantías que afectan sus inmuebles.

Dadas estas circunstancias, la Sala estima que el acudir a la justicia ordinaria en defensa de sus intereses resulta ineficaz, en tanto no se ofrece como una protección oportuna y efectiva de sus derechos fundamentales, además de que les imponen cargas desproporcionadas debido a sus condiciones de salud.

3.3.4. Bajo el entendido de que (i) las acciones pueden interponerse contra las entidades particulares demandadas, y que (ii) los medios ordinarios de defensa judicial no son idóneos ni eficaces en los casos concretos, la Sala considera que las respectivas acciones de tutela son procedentes, incluso como medios definitivos de protección constitucional. En tanto los casos evidencian un estado de debilidad manifiesta de las accionantes, en los términos del artículo 13-3 de la Constitución Política, las peticionarias son titulares de un trato preferente en la defensa de sus derechos, y se debe proceder a estudiar de fondo sus asuntos.

4. La relación de aseguramiento

4.1. Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio

de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes. El contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva (art. 1036, C. de Co) y de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio[34] comprende las condiciones generales de la póliza de seguro, así como las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades del contrato en relación con un determinado asegurado. Resulta ilustrativo citar la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la cual se explican las diferencias entre las anotadas condiciones de los contratos de seguros:

“[l]as condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”.[35]

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

condiciones particulares del negocio jurídico.

4.3. Ahora bien, desde una perspectiva constitucional, la Corte ha destacado diversos aspectos relevantes de este vínculo: de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se asocia al goce efectivo de los derechos fundamentales, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, en las condiciones pactadas. Para analizar el cumplimiento de esa condición deben tomarse en cuenta aquellas particularidades del negocio, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada en cada caso, y los anexos que contienen las condiciones particulares que permiten definir con precisión los extremos de la relación.

4.4. A pesar de que las condiciones vagas y ambiguas deben descartarse en la redacción de los contratos de seguros, como manifestación de buena fe en la celebración del negocio jurídico, hay ocasiones en las cuales existe indeterminación de los conceptos respecto de situaciones fácticas particulares. Cuando esto sucede, la doctrina especializada y constitucional han dicho que opera el principio de interpretación favorable al consumidor, de conformidad con el artículo 1624 del Código Civil que dispone lo siguiente: “(...) las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella.” [36]

La aplicación de esa regla hermenéutica como forma de proteger el equilibrio entre las partes contratantes, fue justificada por la Sala de Casación Civil de Corte Suprema de Justicia en sentencia del cuatro (4) de noviembre de dos mil nueve (2009), así:

“(...) [i] ciertas peculiaridades de los referidos contratos [de seguro], relativas a la exigua participación de uno de los contratantes en la elaboración de su texto; [ii] la potestad que corresponde al empresario de imponer el contenido del negocio; [iii] la coexistencia de dos tipos de clausulado, uno necesariamente individualizado, que suele recoger los elementos esenciales de la relación; y el otro, el reglamentado en forma de condiciones generales, caracterizado por ser general y abstracto; [iv] las circunstancias que rodean la formación del consentimiento; [v] la importancia de diversos deberes de conducta accesorios o

complementarios, como los de información (incluyendo en ese ámbito a la publicidad), lealtad, claridad, entre otros; [vi] la existencia de controles administrativos a los que debe someterse; en síntesis, las anotadas singularidades y otras más que caracterizan la contratación de esa especie, se decía, le imprimen, a su vez, una vigorosa e indeleble impronta a las reglas hermenéuticas que le son propias y que se orientan de manera decidida a proteger al adherente (interpretación pro consumatore).” [37]

En la Corte Constitucional, dicho principio de interpretación fue aplicado recientemente en la sentencia T-136 de 2013,[38] en un caso similar a los estudiados en esta oportunidad. Allí el peticionario solicitaba hacer efectiva una póliza de seguro de vida grupo deudores porque tenía una pérdida de capacidad laboral del 56.60%, pero la aseguradora se oponía al pago porque el accionante excedía la edad máxima de cobertura (70 años). La Sala Quinta de Revisión amparó los derechos fundamentales del peticionario bajo el entendido de que una simple lectura de las condiciones no llevaba a concluir que existiera la restricción de edad, menos aún si se tenía en cuenta que los vacíos y ambigüedades debían interpretarse favorablemente al adherente o consumidor. En palabras de la Corte:

“(…) la Sala de Revisión concluye que en el caso particular y específico de Juan José Rincón Torres el contrato de seguro no contemplaba los 70 años como límite de edad de permanencia para el cubrimiento del riesgo de invalidez total y permanente, o al menos, tal restricción no fue probada por Liberty Seguros S.A. (...) || En razón de lo anterior, cuando se advierta algún vacío o ambigüedad en las condiciones contractuales, el juez tendrá que recurrir a las reglas hermenéuticas que se orientan de manera decidida a proteger al adherente (interpretación pro consumatore) y con ello equilibrar, en parte, la situación de indefensión en la que se encuentra el ciudadano del común cuando acude al sistema financiero en busca de un crédito.” [39]

4.5. 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.[40]

5. La aseguradora vulneró los derechos al mínimo vital y el debido proceso de Claudia Lucía Ortega Cortés. Expediente T-3974160

En esta oportunidad la Corte debe establecer si Liberty Seguros S.A. violó los derechos al debido proceso y el mínimo vital de Claudia Lucía Ortega Cortés, al negarse a hacerle efectiva la póliza de vida grupo deudores que ampara su crédito hipotecario argumentando que no había probado el siniestro de la forma como lo estipula el contrato. A juicio de la aseguradora, la peticionaria no podía acreditar su estado de invalidez mediante la calificación de la misma realizada por la empresa Médicos Asociados S.A., pese a que esa entidad califica a los miembros del Magisterio, sino que argumenta que debe hacerlo a través de la Junta Regional de Calificación, comoquiera que las condiciones generales del contrato sólo reconocen pérdidas de capacidad laboral evaluadas “con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social”.

La Sala Primera de Revisión considera que la demandada desconoce el principio de eficiencia del sistema de seguridad social porque le está exigiendo a la peticionaria que acredite por otro medio su condición de invalidez, sin tener presente que ella ya demostró el siniestro a través de medios legítimos.

5.1. La aseguradora desconoció injustificadamente el principio de eficiencia del Sistema de Seguridad Social, y en consecuencia vulneró el mínimo vital de la accionante

5.1.1. El artículo 48 de la Constitución Política consagra que el servicio público de Seguridad Social se prestará con sujeción al principio de eficiencia;^[41] y el artículo 2 de la Ley 100 de 1993 define ese postulado como “(...) la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.”

Siguiendo el mandato de eficiencia, el sistema de seguridad social asignó la competencia de calificar pérdidas de capacidad laboral a una variedad de instituciones, dependiendo del régimen al cual pertenezca el interesado y de las especialidades que se necesiten para

examinar el caso. Así, dispuso que las pérdidas de capacidad laboral de las personas que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social sean dictaminadas por las Juntas de Calificación; que las condiciones físicas de los miembros de la Fuerza Pública sean evaluadas por entidades pertenecientes a la institución castrense; que la de los empleados de Ecopetrol sean estudiadas por las entidades competentes dentro de su régimen; y que la de los miembros del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio sea examinada por la autoridad correspondiente que preste los servicios médicos asistenciales.[42] Sólo se acepta que las personas exceptuadas acudan a las juntas regionales de calificación en segunda instancia, “(...) después de efectuarse la calificación correspondiente en su respectivo régimen”.[43]

Específicamente, respecto de las personas que hacen parte del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, se ha dicho que los dictámenes de pérdida de capacidad laboral los debe hacer en primera instancia la entidad con la cual se tienen contratados los servicios médicos asistenciales, y en segunda instancia las Juntas Regionales de Calificación.

Esa asignación de competencias desarrolla la eficiencia del sistema de seguridad social, porque permite que los recursos administrativos se utilicen de la manera más óptima posible. Por una parte, entidades especializadas, realizan los dictámenes del personal con régimen excepcional, repartiendo la competencia de calificación entre aquellas instituciones que mejores atributos tienen para conocer las dificultades de sectores de la economía que necesitan tratamiento diferente. Y de otra parte, aliviana la carga de trabajo de las Juntas Regionales de Calificación y de la Junta Nacional de Calificación, en tanto las personas que hacen parte de regímenes exceptuados sólo pueden acudir a ellas en segunda instancia, si existe alguna controversia en torno al nivel de discapacidad otorgado, y ningún caso pueden acceder a Junta Nacional como medio de revisión excepcional.

5.1.2. Pues bien, en este caso Liberty Seguros S.A. pretende que una persona cuyo régimen de calificación es exceptuado[44] acuda a la Junta Regional para certificar su condición de invalidez, a pesar de que ya tiene un dictamen que demuestra dicha circunstancia. A juicio de la Sala esto interfiere en la eficiencia del sistema. No sólo se exige que (i) una entidad desarrolle una función que no le corresponde legalmente, sino que (ii) no le aporta eficiencia ni eficacia al trámite de la reclamación.

Como ya se anotó, la Junta Regional de Calificación solo es competente en segunda instancia, para confirmar o no, dictámenes de pérdida de capacidad laboral. Las personas que hacen parte de un sistema de calificación exceptuado (como el del Magisterio) sólo pueden acudir a ella “después de efectuarse la calificación correspondiente en su respectivo régimen”,[45] en caso de que exista controversia con el porcentaje de pérdida decretado o la fecha de estructuración. En este caso no surgieron controversias entre las partes interesadas respecto del dictamen proferido por Médicos Asociados S.A., o al menos no fueron mencionadas, por lo cual el dictamen quedó en firme para demostrar la pérdida de capacidad laboral de la peticionaria. La demandada se opuso a las pretensiones de Claudia Lucía Ortega Cortés sólo porque desde su interpretación del contrato debía demostrarse el siniestro mediante un dictamen de la Junta Regional de Calificación. La aseguradora, ni siquiera indicó que en virtud de una evaluación de especialistas, no compartía el porcentaje de discapacidad otorgado.

Adicionalmente, la actuación de la demandada afecta la eficiencia del sistema de seguridad social porque le exige a uno de sus usuarios que certifique nuevamente y a través de una instancia no competente para ello, la pérdida de capacidad laboral de la actora, a pesar de que el dictamen expedido por Médicos Asociados S.A. podía utilizarse para solicitar la pensión de invalidez y como medio probatorio del siniestro. De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, se entiende como incapacidad total y permanente aquella discapacidad “calificada médicamente con un grado de invalidez superior al 50% con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social”. En este caso el dictamen aportado demuestra directamente la ocurrencia del riesgo amparado por el seguro, pues indica que Claudia Lucía Ortega Cortés tiene una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, y que esa evaluación “fue realizada según criterios del Manual de Calificación de Invalidez”[46]. Así, puede afirmarse que la prueba aportada sirve de base para llegar a la convicción de que efectivamente el siniestro se presentó. Pero además, ese medio probatorio es conducente e idóneo para demostrar la pérdida de capacidad laboral de la accionante, en tanto no está prohibido por alguna disposición legal o convencional. De hecho, es el dictamen de Médicos Asociados S.A. el documento que de manera apropiada demuestra la incapacidad total y permanente de la accionante. En este caso se trata de certificar la invalidez de una persona vinculada al Magisterio, y para ellos se ha establecido un régimen especial de prestaciones sociales y reconocimiento de pérdidas de capacidad laboral, como se explicó anteriormente.

5.1.3. A propósito del asunto, debe mencionarse la sentencia T-738 de 2011,[47] en la cual esta Corporación estudió el caso de un usuario al que se le negó la indemnización correspondiente a una póliza de grupo deudores porque había acreditado su invalidez mediante un certificado expedido por la entidad competente dentro de su régimen de seguridad social (el de la Fuerza Pública), y no a través de la Junta Regional de Calificación. La Corte consideró que el dictamen aportado por el accionante como medio para demostrar el siniestro era viable, porque además de haberse expedido por la autoridad competente, no se había probado que el contrato estipulara un mecanismo distinto para acreditar la ocurrencia del siniestro. La Corporación sostuvo:

“(…) el accionante no estaba restringido al aporte de un dictamen proveniente de la respectiva Junta Regional de Calificación de Invalidez para acreditar la ocurrencia del siniestro, y siendo esto así, el dictamen aportado por el accionante, proveniente de la Junta Médica Laboral Militar -en la que se determinó un nivel de discapacidad del 75.08%-, puede ser válido para la acreditación de la ocurrencia del siniestro. Aún más, de cara a lo manifestado por la entidad accionada en su comunicación del 14 de diciembre de 2010, es precisamente el acta de la Junta Médica Laboral Militar el documento que de manera más apropiada comprueba la situación de “incapacidad total y permanente” a la que se refiere el contrato de seguro, puesto que, como lo expuso Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., esta situación ocurre cuando las limitaciones impidan “a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.”

(…)

“En el presente caso, el accionante cumplió con el requisito de demostración de la ocurrencia del siniestro de acuerdo con la reconstrucción que se ha hecho sobre el régimen probatorio aplicable al contrato discutido en el caso, y lo hizo a través del medio más conducente posible, pues es la Junta Médica Laboral Militar la que de acuerdo con lo regulado en la ley 923 de 2004, en el decreto 1796 de 2000 y en el decreto 4433 de 2004, es la encargada de determinar cuando un militar ya no puede desempeñarse como tal, situación que cumple con el cometido de demostrar el siniestro, que se entiende cumplido cuando el asegurado ya no puede desempeñarse laboralmente en el campo para el que se había entrenado.” [48]

5.1.4. Así las cosas, la actuación de la demandada no se acompasa con el postulado constitucional de eficiencia que se predica del sistema de seguridad social, pues exige que una entidad vuelva a realizar un dictamen, a pesar de que ya fue aportado, está en firme y fue expedido por una entidad facultada para proferirlo.

5.1.5. Esto además es desproporcionado para la accionante, dadas las circunstancias físicas y económicas que atraviesa. Hacerla acudir nuevamente a una institución calificadora sin necesidad, desconoce el hecho que tiene una pérdida de capacidad laboral relevante (75%) que le impide ofrecer en condiciones normales su fuerza de trabajo, y que sus necesidades básicas las debe cubrir con ingresos correspondientes a un salario mínimo, provenientes de una pensión de invalidez.

Así mismo, el mínimo vital de la peticionaria se encuentra amenazado, pues la ausencia de la indemnización pone en riesgo su capacidad para proveerse un techo, por cuanto se trata de un seguro que cubre el saldo insoluto de una deuda hipotecaria. Además, la obliga a destinar sus pocos recursos al pago del crédito en perjuicio de sus necesidades básicas de alimentación, vestido y salud, a pesar de que ha cumplido con todos los presupuestos para afectar la póliza correspondiente.

5.2. No está probado que el contrato de seguro estipule un medio único para demostrar la ocurrencia del siniestro. Al exigirse un nuevo trámite no acordado en el contrato, se vulnera el derecho al debido proceso de la accionante

5.2.1. Liberty Seguros S.A. estima que la incapacidad total y permanente sólo puede acreditarse por medio de un examen de la Junta Regional de Calificación, porque (i) las condiciones generales del Contrato de Seguro establecen que “se entiende por incapacidad total y permanente del asegurado, la incapacidad (...) calificada médicamente con un grado de invalidez superior al 50% con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social.”; y (ii) el hecho de que la cláusula disponga que deba utilizarse el manual único de calificación para acreditar la invalidez, lleva a concluir que el siniestro sólo puede demostrarse mediante certificación de la Junta mencionada.

Con el fin de precisar algunos aspectos relativos a esta interpretación, se ofició a la entidad demandada para que adjuntara al proceso de tutela una copia de póliza en cuestión, y los documentos contentivos del contrato de seguro.

Liberty Seguros S.A. remitió una “copia de la licitación en la cual reposan las condiciones que rigen la Póliza de Seguro No. 4500-94002009, los amparos contratados, edad de ingreso y permanencia, la duración de la cobertura contratada y las cláusulas especiales, entre otras”.[49] Examinado el contenido de los documentos y del contrato de seguros y las afirmaciones de la aseguradora dentro del proceso, puede decirse que la negativa de afectar la póliza en cuestión se basó únicamente en el hecho de que una de las condiciones estipula que la invalidez debe certificarse “con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social.” Inclusive en el escrito que la aseguradora remitió a la Sala dentro del proceso de revisión, se reafirmó en el argumento, y citó específicamente esa condición como sustento de su dicho.[50]

Según lo que se puede observar del expediente, no es válido afirmar que el contrato de seguro imponga acreditar el siniestro sólo mediante una certificación de la Junta Regional de Calificación. No puede arribarse a esa conclusión razonablemente, porque de la expresión “con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social” no puede inferirse que sea sólo esa junta la que pueda llevar a cabo la calificación. Una cosa distinta es que quién califica debe tener en cuenta el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social.

5.2.2. Partiendo de una interpretación literal de la cláusula que Liberty Seguros S.A. aporta como sustento de su dicho, sólo puede afirmarse que el contrato estipula que la incapacidad total y permanente es toda invalidez superior al 50%, examinada con base en el manual único de calificación del sistema de seguridad social. Pero no que ese certificado deba ser expedido por la Junta Regional de Calificación. En ningún aparte se menciona el nombre de esa autoridad. Simplemente se describe qué debe entenderse como riesgo asegurable para efectos del contrato, y se hace alusión al sistema de seguridad social para referirse a las directrices por medio de las cuales debe evaluarse la invalidez.

A la accionante le están negando el pago de una indemnización porque no acudió a la Junta Regional de Calificación para demostrar el siniestro, pese a que su sistema de seguridad social (el del Magisterio) dispone que las pérdidas de capacidad laboral las certifica una entidad diferente: aquella con la cual el Fondo de Prestaciones del Magisterio tenga contratados los servicios médicos – asistenciales. Al no haberse estipulado específicamente a cuál entidad debía dirigirse la accionante para acreditar su pérdida de capacidad laboral,

ella podía entender razonablemente que debía hacerlo con aquella que le permitía acceder a los beneficios de su sistema de seguridad social, que en este caso era Médicos Asociados S.A.

La Corte Constitucional ha señalado en diversas oportunidades que las cláusulas restrictivas de los derechos de los usuarios del sistema asegurador deben estar “(...) redactadas y consagradas de manera previa, expresa, clara y taxativa, y el acceso a las mismas por parte del consumidor debe garantizarse de forma simple, oportuna y completa”.[51] Por lo cual, cada condición que opere en contra de los intereses de los consumidores tiene que estar específicamente consagrada en el pacto, de tal forma que no haya equívocos al momento de aplicarla. Con esto no sólo se busca salvaguardar el derecho al debido proceso de los usuarios, en el sentido de garantizar que las decisiones contrarias a sus intereses cuenten con un respaldo serio en las condiciones del contrato, sino que también se pretende equilibrar la relación asimétrica que existe entre las partes, protegiendo a quien no participa en la redacción del pacto como manifestación directa del principio de buena fe (art. 83, C.P.)

5.2.3. Ahora bien, Liberty Seguros S.A. podría afirmar en gracia de discusión que la finalidad última de la cláusula es centralizar la prueba del siniestro en una sola entidad, a pesar de que en ningún aparte se mencione expresamente su nombre o se haga referencia a ella. Empero, la Sala no puede aceptar esa interpretación. Primero, porque el objetivo de esa cláusula es definir y delimitar el riesgo asegurable. Una condición concretiza el significado de incapacidad total y permanente para efectos del contrato, pretendiendo que las partes tengan información suficiente acerca del hecho incierto, posible y aleatorio asegurado, y conozcan detalladamente el marco dentro del cual se puede hacer efectivo el amparo. Por eso se describen las características principales del riesgo, como las edades bajo las cuales opera, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral exigida y/o las enfermedades que la generan, pero no se restringe la prueba del siniestro, ni mucho menos, se centraliza su acreditación en una sola autoridad calificadora.

En segundo lugar, la Sala no puede aceptar esa interpretación porque en todo caso las cláusulas confusas, ambiguas o vagas, deben interpretarse a favor del consumidor en virtud del principio hermenéutico pro consumatore. Como se dijo anteriormente, tanto la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia como la de la Corte Constitucional han

aceptado ese criterio interpretativo en el contrato de seguros.

5.2.4. Está demostrado que el contrato de seguro pactado, no restringe la prueba del siniestro al dictamen de la Junta Regional de Calificación, porque esa condición no está claramente estipulada en el negocio jurídico. En consecuencia, estima la Sala que opera un sistema de libertad probatoria del siniestro, es decir, que la actora podía recurrir a otros mecanismos de evidencia para demostrar la ocurrencia del riesgo amparado.

5.2.5. La Corte Constitucional en la sentencia T-738 de 2011,[52] sostuvo que cuando no podía demostrarse que hubiese restricciones a los medios probatorios con respecto al siniestro, la persona interesada podía recurrir a cualquier mecanismo para acreditar su ocurrencia, siempre y cuando se cumplan con los principios de conducencia, idoneidad y eficacia. En criterio de la Corte, la jurisprudencia constitucional ha tendido a proteger la posición de los asegurados en los contratos de seguro de vida grupo deudores, con el ánimo de equilibrar la relación asimétrica que existe entre las partes, y cuando no hay claridad sobre alguna limitación a la demostración del siniestro, debe aplicarse un sistema de libertad probatoria.[53]

La libertad probatoria del siniestro no sólo tiene asidero en la jurisprudencia, sino que también se justifica desde la Ley y la Constitución. Los artículos que regulan la actividad probatoria en el contrato de seguro (1077 y 1080 del Código de Comercio)[54] no estipulan mecanismos específicos para demostrar la realización del riesgo, como una garantía para quien tiene interés en probar la ocurrencia del mismo. Es tan así, que el artículo 1080 dispone específicamente que el asegurador debe proceder al pago de la indemnización al mes siguiente de que el interesado “(...) acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador”, denotándose una tendencia meramente liberadora en la demostración del siniestro. Pero tiene que observarse también que la Constitución consagra que las actuaciones de los particulares “deben ceñirse a los postulados de la buena fe” (art. 83, C.P.), y que en el ámbito del derecho de los seguros esto debe interpretarse como una garantía de que la parte que tiene una posición de dominio no puede abusar de sus facultades, ni de aquellas prerrogativas que el sistema jurídico le confiere. En esta dirección, esa parte debe abstenerse de imponer límites irrazonables a la libertad probatoria del siniestro con el objetivo de incumplir sus obligaciones como asegurador y desnaturalizar la finalidad del amparo.

5.2.6. Liberty Seguros S.A. le impuso entonces a la accionante una carga injustificada que no tenía la obligación de cumplir, y desconoció las cláusulas pactadas por las partes y los principios de buena fe contractual e interpretación favorable al consumidor. El derecho fundamental al debido proceso (art. 29, C.P.), como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora,[55] estipula que las determinaciones acerca de si se reconoce o no un derecho deben estar basadas en las condiciones previamente pactadas, sin desconocimiento del marco legal. En este caso, la demandada utilizó una interpretación particular del contrato de seguro para afirmar que la accionante debía acudir a la Junta Regional de Calificación para demostrar el siniestro, pero no observó que en realidad esa restricción probatoria no estaba consagrada, ni podía imponerse partiendo de una lectura favorable al usuario. La Sala en esta ocasión considera que el derecho fundamental al debido proceso de la tutelante fue vulnerado.

5.3. Conclusión

Liberty Seguros S.A. vulneró los derechos al mínimo vital y el debido proceso de Claudia Lucía Ortega Cortés, al negarse a afectar la póliza de seguro de vida grupo deudores que amparaba su crédito hipotecario, ya que (i) exigirle que demuestre su pérdida de capacidad laboral a través de la Junta Regional de Calificación, desconoce la eficiencia del sistema de seguridad social, en perjuicio de una persona que es sujeto de especial protección constitucional y tiene una amenaza real para el cubrimiento de sus necesidades básicas; además, (ii) no se probó que las condiciones del contrato establecieran un solo mecanismo para demostrar el siniestro, y por tanto a la accionante se le restringió la libertad probatoria injustificadamente. Su pérdida de capacidad laboral fue certificada por la entidad que tiene la facultad de hacerlo, dada su vinculación al Magisterio y al no haberse impugnado, quedó en firme.

En virtud de lo expuesto, la Sala Primera de Revisión revocará la sentencia del seis (6) de junio de dos mil trece (2013) proferida por el Juzgado Cuarenta y Nueve Penal del Circuito de Bogotá, que confirmó el fallo del ocho (8) de abril de dos mil trece (2013) emitido por el Juzgado Treinta y Dos Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, el cual declaró improcedente la acción de tutela presentada por Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A. En su lugar, concederá el amparo de los derechos fundamentales al debido proceso y el mínimo vital de la accionante, y se ordenará a la demandada que haga

efectiva la póliza de vida grupo deudores examinada, pagando el saldo insoluto del crédito hipotecario a la fecha en que se estructuró la invalidez, esto es, el diecisiete (17) de febrero de dos mil once (2011).[56]

Así mismo, se ordenará al Banco Caja Social que, en caso de que la señora Claudia Lucía Ortega Cortés haya continuado pagando las respectivas cuotas del crédito hipotecario con posterioridad a la fecha de estructuración de la invalidez, realice la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

6. QBE Seguros S.A. vulneró los derechos al debido proceso y el mínimo vital de Miryan Lucero Vargas Caicedo. Expediente T-3978372

En este caso debe determinarse si la empresa QBE Seguros S.A. vulneró los derechos fundamentales de Miryan Lucero Vargas Caicedo, al negarse a hacer efectiva la póliza de vida grupo deudores, que cubre el riesgo de una enfermedad catastrófica, bajo el argumento de que operó el fenómeno de la prescripción. Explica la demandada que la accionante reclamó el pago de la indemnización cuatro (4) años después que le diagnosticaron cáncer de mama (julio de 2008), y que de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, dichas peticiones deben hacerse dentro de los dos (2) años siguientes desde que tenga o haya debido tener conocimiento del “hecho que da base a la acción”. La peticionaria, sin embargo, considera que se está aplicando erróneamente la norma, porque el término de prescripción no debería empezar a correr desde su primer diagnóstico de cáncer sino desde cuando se presentó su diagnóstico de metástasis (octubre de 2011), pues fue en ese momento cuando quedó imposibilitada para trabajar y continuar pagando el crédito.

La accionante señala que la póliza no sólo ampara el riesgo de pérdida de capacidad laboral sino también el de enfermedad catastrófica, y en tanto ella padece un cáncer de mama que luego hizo metástasis en su sistema óseo, la aseguradora está obligada a pagar el saldo insoluto de su crédito hipotecario, porque ese riesgo estaba cubierto por el seguro.

6.1. La prescripción en el contrato de seguro y su aplicación en el marco de la Constitución Política

6.1.1. El artículo 1081 del Código de Comercio regula la prescripción en el contrato de seguro.[57] Conforme a la norma la prescripción de las acciones que derivan del contrato puede ser ordinaria y extraordinaria.

El término de prescripción ordinaria es de dos (2) años, contados a partir de que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”. La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sostuvo respecto de la prescripción ordinaria que “(...) no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal ‘se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. [58]

Por su parte, la prescripción extraordinaria es de cinco (5) años, y corre “contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.” En este caso la expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse como los legitimados para interponer acciones ante la jurisdicción ordinaria para reclamar un derecho, inclusive aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro.[59]

6.1.2. En la sentencia T-662 de 2013,[60] la Corte Constitucional decidió inaplicar en un caso concreto “el artículo 1081 del Código de Comercio” en lo referente a la prescripción extraordinaria. En ese asunto se pretendía hacer efectiva una póliza de vida grupo deudores porque la accionante había sido calificada con una discapacidad del 80.93%, pero la aseguradora se oponía al pago de la indemnización porque argumentaba que había operado el fenómeno de la prescripción. Específicamente, la demandada alegó que la estructuración de la invalidez (siniestro) había ocurrido el cinco (5) de noviembre de dos mil seis (2006), y que para efectos de la reclamación ya habían transcurrido los cinco (5) años de la prescripción extraordinaria, al momento de presentarse la reclamación. La Sala Novena de Revisión sostuvo:

“(...) existe un mayor grado de afectación de los derechos de fundamentales al mínimo vital y vivienda digna, que el principio de seguridad jurídica. Lo anterior por las siguientes razones. || La señora Montoya padece de un alto porcentaje de discapacidad. Como obra en

el expediente, la accionante perdió el 80.93% de su capacidad laboral. Por esta razón, está en imposibilidad de continuar trabajando para conseguir los recursos para pagar el crédito del cual ella es deudora. Adicionalmente, no cuenta con rentas adicionales como pensión, negocios, etc. que le permitan concluir a la Corte que en este caso es posible identificar que la afectación a sus derechos es menor. Así mismo, la tutelante no puede valerse por sí misma. Necesita de la ayuda de sus familiares para movilizarse debido a su alto porcentaje de incapacidad. Como se aprecia, las condiciones de la accionante son bastante complicadas. En caso de que la señora Montoya encuentre prescrito su derecho al pago de la prima del seguro de vida, estaría en la obligación de pagar una deuda sin contar los recursos suficientes, caso en el cual, al existir una garantía real hipotecaria, tendría que responder con su vivienda. || Si esto sucediera, la accionante no contaría con las condiciones mínimas para su subsistencia pues, sin tener la posibilidad de valerse por sí misma, ahora tendría que abandonar su casa para respetar su deuda. En este caso, la situación sería doblemente tortuosa para la accionante pues ahora no tendría siquiera donde vivir. Como se aprecia, el grado de afectación de sus derechos fundamentales sería alto. || Caso contrario sucedería con la seguridad jurídica. La lesión de este principio es menor. Su grado de afectación es intermedio. Si bien una forma de garantizar la seguridad jurídica es a través de la figura de la prescripción extraordinaria, esta no es la única. Aunque las partes de un contrato tienen derecho a definir sus situaciones, existen circunstancias en las que privilegiar este principio conduciría al sacrificio de la justicia material.”

(...)

“En conclusión, en este preciso caso, los derechos de la Señora Montoya puede sufrir una lesión mucho mayor a la que sufriría el principio de la seguridad jurídica. Este último solo debe ceder en circunstancias excepcionales y en todo caso, el término de prescripción ordinaria que trata el artículo 1081 del Código de Comercio, mantiene plena vigencia aun en estos casos. || En consecuencia, esta Corte decidirá no aplicar el fenómeno de la prescripción extraordinaria del artículo 1081 del Código de Comercio en virtud de las razones expuestas, a fin de garantizar la plena vigencia de los derechos fundamentales.”

En lo pertinente para el caso que se estudia en esta oportunidad, la sentencia T-662 de 2013 efectúa un aporte fundamental: no se puede aplicar el término de prescripción del

contrato de seguro sin consideración de las circunstancias especiales de cada asunto, sobretodo cuando se interfiere intensamente en el ejercicio de derechos fundamentales. Y aunque eso no siempre da pie para que un operador jurídico inaplique el artículo 1081 del Código de Comercio, sí sirve de fundamento para que se realice la adecuación normativa sin perder de vista la situación fáctica que se examina, especialmente cuando se configura una amenaza a los derechos fundamentales.

6.2. La Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores tomada con QBE Seguros S.A. ampara la ocurrencia de una enfermedad catastrófica, pero no exige que el siniestro se entienda acaecido necesariamente en el momento del primer diagnóstico de la misma

La póliza de seguro de vida grupo deudores No. 201100000271 estipula que QBE Seguros S.A. se compromete a pagar el saldo insoluto del crédito de cualquier deudor hipotecario del Fondo Nacional del Ahorro, al cual “(...) se le diagnostique durante la vigencia de la póliza alguna de las enfermedades o eventos abajo indicados, cuyo origen sea el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa padecida anteriormente: VIH positivo Sida, Cáncer, accidente cerebro-vascular (...)”.[61] Como se puede observar, la póliza incluye dentro de los riesgos asegurables la ocurrencia de una enfermedad catastrófica, cobijando a las deudoras y deudores hipotecarios del Fondo Nacional del Ahorro.

En el caso objeto de estudio está claro que la accionante fue diagnosticada durante la vigencia de la póliza con cáncer de mama. Sin embargo, la demandada no se opone al pago de la indemnización porque ponga en duda la ocurrencia del riesgo. Lo que QBE Seguros S.A. afirma es que no debe afectar la póliza porque operó el fenómeno de la prescripción, en tanto la accionante reclamó el pago cuatro (4) años después del diagnóstico inicial de la enfermedad. Respecto de este punto la Sala considera que no le asiste razón a la demandada, ya que el contrato no exige que el siniestro se entienda acaecido necesariamente en el momento del diagnóstico inicial de la enfermedad sino que de la cláusula transcrita se colige que la cobertura opera con ocasión de alguna de las enfermedades cubiertas, cuyo origen sea el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa padecida con anterioridad, entre ellas el cáncer. Por lo tanto conforme al texto de la póliza misma, puede contabilizarse el término de prescripción desde la fecha en que la persona en razón de la enfermedad catastrófica y degenerativa no pudo seguir laborando.

6.2.1. Tal como se pactó la cláusula, puede afirmarse que la finalidad de la póliza de seguro de vida grupo deudores, tomada por el Fondo Nacional del Ahorro con QBE Seguros S.A., consiste en amparar el riesgo de que algún deudor hipotecario del banco quede imposibilitado para cubrir el saldo de su crédito ante la eventualidad de una enfermedad grave o catastrófica. Como la misma póliza lo establece: (i) la enfermedad debe ser diagnosticada durante la vigencia del contrato, y (ii) su origen es el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa, entre ellas el cáncer. En algunos casos coinciden en el tiempo esos sucesos, pues es lógico suponer que el diagnóstico de una enfermedad catastrófica merma considerablemente la capacidad de trabajo de una persona, y que por ese motivo debe cubrirse un riesgo: que no pueda continuar pagando su deuda. Sin embargo, ese primer diagnóstico no es suficiente para no seguir trabajando y no poder cubrir el crédito por sus propios medios. Ese sería el caso de personas que padecen enfermedades degenerativas o progresivas, respecto de las cuales el diagnóstico de la enfermedad no necesariamente coincide con el momento en el cual pierden su fuerza de trabajo.

En ocasiones los usuarios continúan desarrollando con relativa normalidad su trabajo, a pesar del diagnóstico de la enfermedad, y tienen posibilidades reales de seguir pagando su deuda hipotecaria. Lo siguen haciendo, bien sea porque consideran que no existe la necesidad de afectar la póliza dado el estado inicial de sus afecciones, o porque no quieren constituirse en mora en el pago de su obligación. A veces las personas esperan a que verdaderamente se cumpla el segundo presupuesto (la imposibilidad física de cancelar la deuda) para entender acaecido el siniestro, asumiendo las consecuencias negativas que eso depara para sus intereses como deudores y asegurados.[62]

En el caso particular de la accionante el siniestro no se materializó cuando se detectó la enfermedad, sino que con ocasión de su evolución, se vio imposibilitada para seguir laborando, y continuar asumiendo las cuotas del crédito.

El caso de la accionante está enmarcado en este supuesto, pues ella afirma que le diagnosticaron cáncer el primero (1º) de julio de dos mil ocho (2008), pero que realmente perdió su capacidad para continuar laborando, sólo cuando se le diagnosticó una metástasis en el sistema óseo el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), que la inhabilitó para trabajar. De hecho, señala que luego del diagnóstico pudo continuar cancelando su crédito

con relativa normalidad, hasta que su enfermedad no le permitió seguir asistiendo a su trabajo. Como puede observarse, en este asunto no hay simultaneidad entre el momento en que se descubrió la enfermedad y en el que se presentó la pérdida de la capacidad laboral, por lo que debe definirse cuál es la fecha de ocurrencia del siniestro para efectos de computar el término de prescripción.

6.2.2. Frente a este tipo de usuarios la póliza señala que para amparar el riesgo se requiere que a un deudor hipotecario “(...) se le diagnostique durante la vigencia de la póliza alguna de las enfermedades o eventos abajo indicados”.^[63] Pero también la póliza establece en el artículo séptimo, que se hace efectivo el amparo en el caso de que a cualquier asegurado se le diagnostique durante la vigencia del contrato “(...) alguna de las enfermedades o eventos abajo indicados, cuyo origen sea el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa padecida anteriormente: VIH positivo Sida, Cáncer, accidente cerebro-vascular (...)”.^[64] (Negrilla fuera del texto de la póliza).

Uno de los objetivos de la póliza adquirida por el Fondo Nacional del Ahorro, es el de amparar a las deudoras y deudores que queden imposibilitados para cancelar un crédito en virtud de la evolución de una enfermedad catastrófica que les haya sido diagnosticada. Es la misma póliza la que dispone que el siniestro pueda acaecer cuando la enfermedad avanza y la persona pierde su capacidad laboral.

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, ha sostenido que las condiciones de los contratos de seguro no pueden interpretarse aisladamente, sino que para auscultar su contenido se debe observar su finalidad y el propósito por el cual fue suscrito, que no es otro que amparar las consecuencias negativas de un riesgo realizado. Esto, como búsqueda de equilibrio en la relación de aseguramiento y desarrollo del principio de buena fe, en tanto evita que con base en condiciones indeterminadas la parte dominante eluda sus obligaciones de amparo. En palabras de dicha Corporación:

“(...) el contrato de seguros debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, ‘en otras palabras, el contrato de

seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse 'escritura contentiva del contrato' en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines éstos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante.'." [65]

6.2.3. Así mismo, la Sala observa que esta interpretación favorable desarrolla los principios de seguridad jurídica y buena fe en la relación de aseguramiento. En efecto, a la luz del principio de seguridad jurídica no es admisible que QBE Seguros S.A. oponga como sustento de su objeción a la reclamación, una condición que conforme a sus cláusulas admite una comprensión más favorable, que es interpretada perdiendo de vista la finalidad del contrato de seguros, en la cual el término de prescripción puede empezar a contarse no desde el diagnóstico inicial, sino desde el momento en que la enfermedad evoluciona hasta impedirle a la asegurada (o) continuar asumiendo las cuotas de su crédito.

6.2.4. En conclusión, puede afirmarse que la póliza suscrita por el Fondo Nacional del Ahorro con QBE Seguros S.A. ampara el riesgo de cualquier deudor hipotecario, que adquiera una enfermedad catastrófica. Pero, esa misma póliza no estipula que el siniestro necesariamente deba entenderse acaecido en el momento en que se produce el diagnóstico inicial. En los casos en que se trate de una enfermedad degenerativa, puede entenderse conforme al texto de la misma póliza que el riesgo se realiza cuando la enfermedad inhabilita al asegurado y éste queda imposibilitado para saldar el crédito.

6.3. En este caso el siniestro ocurrió en octubre de dos mil once (2011), cuando la enfermedad de la accionante se agravó y le impidió pagar el crédito por sus propios medios.

6.3.1. A la señora Vargas Caicedo le diagnosticaron por primera vez cáncer de mama en julio de dos mil ocho (2008).[66] Durante los cincuenta y tres (53) meses posteriores a esa fecha, la accionante continuó laborando y cancelando el crédito al Fondo Nacional del Ahorro,[67] pues a pesar de que le habían descubierto un cáncer de mama, seguía desarrollando su actividad económica con relativa normalidad. En efecto, dentro de la historia clínica que obra en el expediente se puede constatar que la accionante fue sometida a sesiones de quimioterapia en los meses posteriores al diagnóstico,[68] y siguió prestando sus servicios regularmente con algunas limitaciones. Sólo cuando la enfermedad avanzó e hizo “metástasis ósea múltiple”, se afirmó por parte de los especialistas el dos (2) de octubre de dos mil once (2011), que debido al avance de su enfermedad sufrió una “alteración de su capacidad funcional mayor al 50%”. [69]

Para la Sala, el siniestro ocurrió el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), cuando a Miryan Lucero Vargas Caicedo le informaron que su enfermedad había avanzado y debido a la metástasis ósea no pudo continuar laborando. Tres situaciones conducen a esa conclusión. La primera, es que a partir de ese momento la accionante no pudo seguir laborando en razón de su disminución física, en tanto el estado avanzado de su enfermedad la marginó de su trabajo.[70] La segunda, es que luego de la fecha en que la incapacidad funcional de la peticionaria fue determinada, se le incapacitó durante noventa (90) días continuos, en los meses de febrero, marzo y abril de dos mil trece (2013),[71] y según se pudo constatar en sede de revisión, dichas incapacidades se prorrogaron otros sesenta (60) días en los meses de junio y julio. Y la tercera, es que desde ese momento el pago del crédito hipotecario se tornó en un gasto económico imposible de asumir para la accionante.[72]

La Sala no puede desconocer las circunstancias particulares de este caso y tomar como fecha del siniestro la del diagnóstico inicial del cáncer, especialmente cuando la tutelante efectivamente perdió su capacidad laboral mucho tiempo después de ese primer diagnóstico.[73] En consecuencia, debe entenderse, como ya se anotó, que el siniestro ocurrió el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011),[74] cuando la enfermedad de la

actora avanzó de tal manera que alteró su capacidad funcional en un porcentaje mayor al 50%.

En repetidas oportunidades la Corte Constitucional ha señalado que las consecuencias negativas de una enfermedad progresiva no se presentan en un solo momento. Reiteradamente se ha sostenido que la fecha en que efectivamente una persona pierde su capacidad para trabajar puede ser diferente a la de la estructuración que indica el dictamen de calificación. Por tratarse de enfermedades degenerativas, la persona continúa su vida laboral con relativa normalidad, hasta el momento en que por su condición de salud le es imposible seguir trabajando. Desde esta perspectiva, después del diagnóstico, las personas siguen aportando al sistema, hasta perder finalmente su capacidad laboral.[75] La importancia de esta regla, adoptada ya en casos semejantes,[76] para el caso estudiado es que sirve de base para afirmar que el siniestro no ocurrió el día que a la accionante le diagnosticaron el cáncer, porque luego de esa fecha pudo seguir pagando su crédito autónomamente.

6.4. La prescripción no operó en este caso

De conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio,[77] el término de prescripción ordinaria es de dos (2) años contados desde el momento que el interesado tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción. En este caso Miryan Lucero Vargas Caicedo recibió su diagnóstico inicial de cáncer de mama el primero (1º) de julio de dos mil ocho (2008), y se le prescribió un tratamiento y droga sin que la incapacitara para seguir laborando o continuar cancelando sus acreencias. Con posterioridad, el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), luego de un examen especializado, le informaron que el cáncer había hecho metástasis en el sistema óseo,[78] y para entonces debido al deterioro de su salud, no pudo seguir laborando.

La reclamación de la señora fue presentada el tres (3) de diciembre de dos mil doce (2012) ante la compañía aseguradora,[79] (es decir, un año, un mes, y unos días después de ocurrido el siniestro). Ésta le fue objetada, por considerar la compañía aseguradora que en su caso había operado el fenómeno de la prescripción. Teniendo en cuenta que el siniestro ocurrió el dos (02) de octubre de dos mil once (2011), cuando se determinó por los especialistas que la alteración de su capacidad funcional era superior al 50%, puede

afirmase que para entonces aún no había prescrito la reclamación.

El debido proceso debe aplicarse a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas. En este caso, QBE Seguros S.A. aplicó de manera errónea la norma que regula la prescripción del contrato de seguro (artículo 1081 del Código de Comercio) al señalar que operaba el fenómeno de la prescripción, sin tener presente que la póliza no estipula que el siniestro debe entenderse ocurrido cuando se diagnostica a una persona una enfermedad catastrófica, sino cuando su enfermedad avanza, tornándose incapacitante. La demandada, al darle ese entendimiento a las condiciones del contrato, afectó de manera notoria el derecho al debido proceso de la peticionaria.

Pero también se violó el derecho al mínimo vital de Miryan Lucero Vargas Caicedo y de su hijo menor de edad, ya que al negar su reclamación con base en una prescripción que no se presenta en su caso, amenaza seriamente la posibilidad de que la accionante pueda seguir manteniendo una vida en dignidad.

6.5. Conclusión

QBE Seguros S.A. vulneró los derechos al debido proceso y el mínimo vital de Miryan Lucero Vargas Caicedo, al negarse a afectar la póliza de vida grupo deudores que ampara su crédito sosteniendo que ocurrió en su caso el fenómeno de la prescripción, por cuanto (i) el contrato de seguro no estipula que el siniestro deba entenderse ocurrido al momento del diagnóstico inicial de la enfermedad; (ii) puede aceptarse razonablemente que el siniestro se produjo cuando con ocasión de la metástasis ósea que le fue diagnosticada, la actora no pudo seguir laborando por la pérdida de su capacidad funcional, concluyendo la Sala, que en esta ocasión no se presenta el fenómeno de la prescripción, porque la reclamación se presentó dentro del término estipulado en la ley.

En virtud de lo expuesto, la Sala Primera de Revisión revocará la sentencia del cuatro (4) de junio de dos mil trece (2013) proferida por el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Séptima de Decisión Civil, en tanto denegó el amparo, y confirmará parcialmente el fallo del diecisiete (17) de mayo de dos mil trece (2013) emitido por el Juzgado Cuarenta y Cuatro Civil del Circuito Piloto de la Oralidad de Bogotá, que amparó los derechos fundamentales al mínimo vital y el debido proceso de Miryan Lucero Vargas Caicedo, y revocará las demás órdenes relativas al pago de la indemnización, contenidas en los numerales primero, segundo y

tercero de la sentencia de primera instancia, porque ordenó el pago de la indemnización en una proporción superior a la debida. En consecuencia, se ordenará a la demandada que haga efectiva la póliza de vida grupo deudores examinada, reconociendo el saldo insoluto del crédito hipotecario desde el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011).[80]

Deben revocarse las mencionadas decisiones, porque en las sentencias se ordenó el pago del saldo insoluto desde el diagnóstico inicial de cáncer de mama de la actora, y en esta providencia se explicó que el siniestro se produjo posteriormente, cuando un examen especializado señaló que la tutelante había perdido su capacidad laboral cuando la enfermedad degenerativa hizo metástasis en su sistema óseo, esto es, el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011). Sería contrario al principio de proporcionalidad hacer pagar a QBE Seguros S.A. el saldo insoluto desde una fecha anterior a la de ocurrencia del siniestro.

Así mismo, se ordenará al Fondo Nacional del Ahorro que, en caso de que la señora Miryan Lucero Vargas Caicedo haya continuado pagando las respectivas cuotas del crédito hipotecario con posterioridad a esta fecha, realice la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- REVOCAR la sentencia del seis (6) de junio de dos mil trece (2013) proferida por el Juzgado Cuarenta y Nueve Penal del Circuito de Bogotá, que confirmó el fallo del ocho (8) de abril de dos mil trece (2013) emitido por el Juzgado Treinta y Dos Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá, el cual declaró improcedente la acción de tutela presentada por Claudia Lucía Ortega Cortés contra Liberty Seguros S.A. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales al debido proceso y el mínimo vital de Claudia Lucía Ortega Cortés.

Segundo.- ORDENAR a Liberty Seguros S.A. que, en el término de diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al Banco Caja Social S.A., como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación hipotecaria al diecisiete (17) de febrero de dos mil once (2011), la cual fue adquirida por Claudia Lucía Ortega Cortés con dicho banco.

Tercero.- ORDENAR al Banco Caja Social S.A. que, en caso de que la señora Claudia Lucía Ortega Cortés haya continuado pagando las respectivas cuotas del crédito hipotecario con posterioridad a la fecha de estructuración de su invalidez (17 de febrero de 2011), realice la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuarto.- REVOCAR la sentencia del cuatro (4) de junio de dos mil trece (2013) proferida por el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Séptima de Decisión Civil, en tanto denegó el amparo de los derechos constitucionales de Miryan Lucero Vargas Caicedo, y CONFIRMAR PARCIALMENTE el fallo del diecisiete (17) de mayo de dos mil trece (2013) emitido por el Juzgado Cuarenta y Cuatro Civil del Circuito Piloto de la Oralidad de Bogotá, en cuanto amparó los derechos fundamentales al mínimo vital y el debido proceso de la actora, y REVOCAR las demás órdenes relativas al pago de la indemnización, contenidas en los numerales primero, segundo y tercero de la sentencia de primera instancia, en cuanto ordenó el pago de la indemnización en una proporción superior a la debida.

Quinto.- ORDENAR a QBE Seguros S.A. que, en el término de diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al Fondo Nacional del Ahorro, como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación hipotecaria adquirida por Miryan Lucero Vargas Caicedo desde el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011).

Sexto.- ORDENAR al Fondo Nacional del Ahorro que, en caso de que la señora Miryan Lucero Vargas Caicedo haya continuado pagando las respectivas cuotas del crédito hipotecario con posterioridad al catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), efectúe la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Séptimo.- Líbrese por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del

Decreto 2591 de 1991.

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

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

Ausente con excusa

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Certificado individual de seguro de vida grupo deudores, el cual informa que la accionante está incluida en la póliza respecto de la cual reclama su afectación. (Folio 20 del cuaderno principal del expediente T-3974160). En adelante para este caso, siempre que se haga mención a un folio, se entenderá que hace parte del cuaderno principal a menos que se diga expresamente otra cosa.

[2] Dictamen de pérdida de capacidad laboral de Claudia Lucía Ortega Cortés, elaborado por la empresa Médicos Asociados S.A. (Folio 24).

[3] “Por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio”.

[4] Derecho de petición impetrado por la accionante el veinticinco (25) de septiembre de dos mil doce (2012) ante Liberty Seguros S.A. (Folio 28).

[5] Respuesta al derecho de petición presentado por la accionante, en el cual Liberty

Seguros S.A. niega afectar la póliza de vida grupo deudores en cuestión. Fue remitido el veintisiete (27) de noviembre de dos mil doce (2012). (Folio 34)

[6] Esta explicación de Liberty Seguros S.A. obra en la contestación a la acción de tutela. Allí básicamente se afirma que el contrato estipula un medio único de prueba del siniestro. (Folios 47 al 53).

[7] Resolución No. 0328 de 2013, mediante la cual el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio reconoce una pensión de invalidez a favor de Claudia Lucía Ortega Cortés, por un monto de \$535.600. (Folios 36 al 38).

[8] Ob, cit. Contestación a la acción de tutela de Liberty Seguros S.A. (Folios 47 al 53).

[9] Respuesta del Fondo Nacional del Ahorro a la solicitud de aprobación del crédito presentada por la accionante, en el cual se informa el monto total del crédito y el valor de las cuotas. (Folio 4 del cuaderno principal del expediente T-3978372) En adelante para este caso, siempre que se haga mención a un folio, se entenderá que hace parte del cuaderno principal del expediente referenciado, a menos que se diga expresamente otra cosa.

[10] Historia clínica de la accionante, elaborada por el Centro Oncológico LTDA. (Folios 18 al 39). Así mismo, en el estudio de QBE Seguros se informa que la fecha del diagnóstico inicial del cáncer de mama es el primero (1º) de julio de dos mil ocho (2008) (folio 7), y la accionante corrobora esa información en la acción de tutela. (Folio 41).

[11] Exámenes diagnósticos de metástasis en el sistema óseo de la peticionaria, elaborados por el Hospital Universitario de San José y la empresa Bionuclear LTDA. (Folios 9 al 14)

[12] Respuesta de QBE Seguros a la solicitud de la accionante de hacer efectiva la póliza en cuestión. En esta se informa que el derecho de petición fue presentado por la accionante el tres (3) de diciembre de dos mil doce (2012). (Folios 6 al 8).

[14] Código de Comercio, artículo 1081: “[l]a prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. || La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. || La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda

clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. || Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

[15] Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 201100000271, tomada por el Fondo Nacional del Ahorro con QBE Seguros S.A., la cual ampara a la accionante. (Folios 90 al 92).

[16] Tarjeta de Identidad del menor Juan Sebastián Vargas Caicedo, hijo de la accionante, en la cual se puede observar que nació el veintiuno (21) de mayo de dos mil uno (2001). (Folio 3).

[17] Ob, cit. Contestación a la acción de tutela de QBE Seguros S.A. (Folios 79 al 88).

[18] Ciertamente, en dicha sentencia se estudió principalmente el tema de la procedencia de la acción de tutela para reclamar la ejecución del contrato de seguro en cuestión, sin hacer referencia al problema de la prescripción y la oportunidad del reclamo. De hecho, en el fallo se afirma que a la peticionaria le violaron el derecho al mínimo vital porque “(...) los hechos del libelo son expresos y claros en señalar la precaria situación económica que la aqueja, pues no posee en la actualidad una fuente de ingresos, aunado a que es madre cabeza de familia de un menor de edad.” (Folios 114 al 120).

[19] Escrito de impugnación presentado por el representante de QBE Seguros S.A. (Folios 142 al 144).

[20] Relación de Pagos del Crédito No. 52.160.879, tomado por Miryan Lucero Vargas Caicedo con el Fondo Nacional del Ahorro. Allí se puede observar que la deudora efectuó pagos desde el tres (3) de noviembre de dos mil ocho (2008) hasta el diecisiete (17) de abril de dos mil trece (2013), acumulando un saldo de \$18.371.824, y quedando un “saldo pendiente de la obligación al 22 de mayo de 2013 de \$25.353.718.” (Folios 151 al 153).

[21] (Folios 27 al 93 del cuaderno de revisión).

[22] (Folios 94 al 109 del cuaderno de revisión).

[23] (Folios 145 y 146 del cuaderno de revisión).

[24] Constitución Política, artículo 86: “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. || La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. || Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. || En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución. || La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión”.

[25] Cita de la sentencia C-640 de 2010 (MP. Mauricio González Cuervo).

[26] Corte Constitucional, sentencia T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio). En esa oportunidad la Corte señaló que una acción de tutela era procedente para reclamar el pago de una indemnización con cargo a una póliza de vida grupo deudores. Allí se explicó que la tutela procedía porque (i) las entidades aseguradoras desarrollan una actividad de interés público, y (ii) se buscaba evitar un perjuicio irremediable en el goce de los derechos fundamentales del interesado. Respecto de la actividad financiera y aseguradora como sectores de interés público pueden observarse, entre otras, las sentencias recientes T-342 de 2013 (MP. Nilson Pinilla Pinilla, AV. Alberto Rojas Ríos) y T-662 de 2013 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).

[27] Ob, cit. (MP. Jorge Iván Palacio Palacio).

[28] Ibíd. Respecto del estado de indefensión de los usuarios del sistema financiero y asegurador pueden observarse, entre otras, las sentencias T-661 de 2001 (MP. Jaime Córdoba Triviño), T-1085 de 2002 (MP. Jaime Araújo Rentería), T-018 de 2005 (MP. Alfredo Beltrán Sierra), y T-863 de 2005 (MP. Álvaro Tafur Galvis).

[29] El artículo 335 de la Constitución Política señala que “[l]as actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación (...) son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado (...)”. Así mismo, en diversas oportunidades la Corte Constitucional ha señalado que la actividad aseguradora es de interés público, y por tanto ha declarado procedentes acciones de tutela presentadas contra compañías que desarrollan esa actividad. Por ejemplo, en la sentencia T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo), la Sala Segunda de Revisión dijo que “[l]as 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 la 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 –de acuerdo con el artículo 335 Constitucional-.” Igualmente, en la sentencia T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), la Corte dijo que “[e]l interés público en el correcto funcionamiento de estos subsectores de la economía [del bancario y asegurador] es innegable. Ello se explica no solo porque tales entidades manejan, aprovechan e invierten vastos recursos captados del público, sino que a diferencia de otras actividades que disponen igualmente de elevadas sumas de dinero, “dependen para su correcto funcionamiento de un voto colectivo, permanente y tácito de confianza, cuyo quebrantamiento puede generar consecuencias catastróficas para la economía de un país”.”

[30] Véanse, entre otras, las sentencias de la Corte Constitucional T-118 de 2000 (M.P. José Gregorio Hernández Galindo) y T-152 de 2006 (M.P. Rodrigo Escobar Gil).

[31] (MP. Mauricio González Cuervo).

[32] Ibíd.

[33] Ob, cit. Tarjeta de Identidad del menor Juan Sebastián Vargas Caicedo. (Folio 3).

[34] Código de Comercio, artículo 1047. “La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato: || 1) La razón o denominación social del asegurador;|| 2) El nombre del tomador; || 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador; || 4) La calidad en que actúe el tomador del

seguro; || 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro; || 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras; || 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla; || 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago; || 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo; || 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y || 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes. || PARÁGRAFO. En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”. (Subrayado fuera del texto).

[35] Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria -. Sentencia del 2 de mayo de 2000. Expediente No. 6291. (MP. Jorge Santos Ballesteros).

[36] Código Civil, artículo 1624.

[37] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del cuatro (4) de noviembre de dos mil nueve (2009), expediente No. 11001 3103 024 1998 4175 01 (MP. Pedro Octavio Munar Cadena). Esta cita fue reproducida por la Corte Constitucional en la sentencia T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), con ocasión de un caso similar a los estudiados en esta oportunidad.

[38] (MP. Jorge Iván Palacio Palacio).

[39] *Ibíd.*

[40] Respecto de la constitucionalización de la relación de aseguramiento, puede observarse, entre otras, la parte considerativa de la sentencia T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo). En esta se dijo, por ejemplo, que “[e]n la jurisprudencia constitucional es posible constatar una orientación de la Corte Constitucional dirigida, en su mayoría, a proteger la posición de los asegurados en los contratos de seguro de vida grupo deudores. En las sentencias evaluadas se destaca la preocupación de la Corte por equilibrar las relaciones de desigualdad configuradas entre aseguradoras, bancos y clientes.”

[41] Constitución Política, artículo 48 (parcial). “La Seguridad Social es un servicio público

de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.”

[42] Ciertamente, el Decreto 2463 de 2001 (derogado por el Decreto 1352 de 2013), por el cual se reglamentaba la integración de las Juntas de Calificación de Invalidez, y el cual estaba vigente para el momento que la accionante elevó sus solicitudes, disponía en su artículo 8º que “[l]os educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (...) que requieran la calificación de pérdida de la capacidad laboral, podrán solicitarla ante la respectiva entidad que asume los riesgos comunes y profesionales. || El trámite ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez se surtirá, sólo después de efectuarse la calificación correspondiente por los profesionales o entidades calificadoras competentes del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (...).” De todas formas, vale aclarar que el nuevo Decreto 1352 de 2013, por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, conserva esa asignación de competencias.

[43] El artículo 53 del Decreto 1352 de 2013, por el cual se reglamenta el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, señala que “(...) [l]os Educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (...) serán calificados por los profesionales o entidades calificadoras de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional competentes, del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (...). || El trámite ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez se surtirá, solo después de efectuarse la calificación correspondiente en su respectivo régimen.” Así mismo, el párrafo 5º del artículo 43 de ese cuerpo normativo dispone que “[p]ara el caso de los Educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (...), las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, actuarán como segunda y última instancia”.

[44] Es claro en el expediente que la accionante hace parte del régimen del Magisterio, pues de hecho ella es beneficiaria de una pensión de invalidez otorgada por el Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio. (Folio 36 al 38).

[45] Decreto 1352 de 2013, artículo 53.

[46] En escrito adjuntado al trámite de revisión, la empresa Médicos Asociados S.A. señaló

que el dictamen de Claudia Lucía Ortega Cortés fue realizado con base en el Manual Único de Calificación de Invalidez. (Folios 145 y 146 del cuaderno de revisión). Así mismo, en el certificado de pérdida de capacidad laboral se dice específicamente, que “se aplica el Decreto 917 de 1999”, el cual contiene el manual único de calificación del sistema de seguridad social. (Folio 26).

[47] (MP. Mauricio González Cuervo).

[48] *Ibíd.*

[49] (Folios 27 al 93 del cuaderno de revisión).

[50] En otras ocasiones la Corte Constitucional ha auscultado el contenido de un contrato de seguro a partir de actuaciones de la aseguradora, cuando encuentra necesario ubicar con precisión el argumento de la negativa de afectar la póliza. Al respecto, puede verse la sentencia T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo), en la cual se estudió el caso de una persona que solicitaba el pago de una indemnización con cargo a una póliza de vida grupo deudores, y la asegurada se oponía a sus pretensiones porque la condición de discapacidad (el siniestro) la había demostrado con una certificación diferente a la de la Junta Regional de Calificación. En esa oportunidad la Corte no pudo observar precisamente el contenido del contrato de seguro, a pesar de que se ofició a la demandada para que remitiera los documentos integrantes del mismo, por tanto decidió interpretar su contenido a partir de las actuaciones de la aseguradora. Igualmente, puede observarse la sentencia T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), en la cual se interpretó el contenido de un contrato de seguro con base en las pruebas obrantes en el expediente y haciendo uso del principio hermenéutico pro costumatore.

[52] *Ob, cit.* (MP. Mauricio González Cuervo).

[53] De hecho, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que existe un principio de libertad probatoria del siniestro, porque la carga de la prueba del mismo recae sobre el asegurado y éste tiene la posibilidad de acreditarlo judicial o extrajudicialmente, además de que no existe algún precepto legal que consagre restricciones al respecto. Inclusive, se ha dicho que no pueden imponerse limitaciones a ese principio de libertad probatoria, so pena de caer en la estipulación de condiciones abusivas. Dijo el Máximo Tribunal de la Jurisdicción

Ordinaria, que existe la“(…) la imposibilidad de establecer ex contractu modificaciones limitativas al principio de la libertad probatoria del siniestro, la lesión y su cuantía por contradecir el contenido imperativo del artículo 1080 del Código de Comercio, el cual, “sólo puede modificarse en sentido favorable al tomador, asegurado o beneficiario”, acentuando la naturaleza vejatoria o abusiva de las estipulaciones negociales restrictivas.” (Corte Suprema de Justicia, sentencia del 27 de agosto de 2008, expediente 1101-3103-022-1997-14171-01. MP. William Namén Vargas). En esa oportunidad se examinó, entre otros, el caso de una aseguradora que se negaba a hacer efectiva una póliza de daños porque el siniestro no se había probado como ella consideraba que debía hacerse. La Corte comprendió que en este caso operaba la libertad probatoria del siniestro, y que la indemnización debía pagarse, porque el mismo se demostró adecuadamente mediante un mecanismo conducente.

[54] Código de Comercio, artículo 1077: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. || El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.” Artículo 1080 (parcial): “El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 (...).”

[55] Véanse, entre otras, las sentencias T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo) y T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), citadas previamente. En ellas se determinó que unas empresas aseguradoras vulneraban el derecho al debido proceso de unos usuarios, al negarse a hacer efectivas unas pólizas de vida grupo deudores aplicando condiciones que no estaban expresamente consagradas en el contrato, o no se había demostrado que lo estuviesen.

[56] En comunicación adjuntada al proceso de tutela, la empresa Médicos Asociados S.A. le informó a la Sala que la fecha de estructuración de invalidez de Claudia Lucía Ortega Cortés “data del 17 de febrero de 2011”. (Folios 145 y 146 del cuaderno de revisión). Esta fecha de estructuración de la invalidez coincide con la fecha de realización del certificado de pérdida de capacidad laboral de Médicos Asociados S.A., y fue la que se tuvo en cuenta para otorgar la pensión de invalidez en la Resolución No. 0328 de enero de dos mil trece (2013). (Folios 36 al 38).

[57] El artículo 1081 del Código de Comercio establece: “[l]a prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. || La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. || La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. || Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

[58] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 12 de febrero de 2007, expediente 1999-00749. Reiterada en el fallo del 4 de abril de 2013, expediente 0500131030012004-00457-01. La primera providencia fue citada en la sentencia de la Corte Constitucional T-662 de 2013 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), como parámetro explicativo de la prescripción ordinaria en el contrato de seguro.

[59] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 4 de julio de 1977. Allí se dice que “la expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces, así como contra aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro.”

[60] Ob, cit. (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).

[61] Póliza de seguro de vida grupo deudores crédito hipotecario No. 201100000271, suscrita entre el Fondo Nacional del Ahorro y QBE Seguros S.A. El texto completo de la cláusula séptima es el siguiente: “[q]ueda expresamente aceptado y convenido, que mediante esta extensión, LA UNIÓN TEMPORAL QBE SEGUROS S.A. -SEGUROS COLPATRIA S.A. efectuará el pago anticipado de la indemnización de la cobertura de vida, al 100% de la suma asegurada de la misma; en el caso de que a cualquier asegurado se le diagnostique durante la vigencia de la póliza, alguna de las enfermedades o eventos abajo indicados cuyo origen sea el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa padecida anteriormente: || VIH positivo SIDA, Cáncer (...).” (Folios 90 al 92).

[62] Paradójicamente, el hecho de que la enfermedad no se agrave acarrearía consecuencias negativas para los intereses de estas personas como asegurados, pues, como se verá mas adelante, el tiempo de prescripción comenzaría a correr

indefectiblemente desde el momento del diagnóstico, y no podría alegarse posteriormente que el verdadero momento del siniestro fue cuando la enfermedad se agravó.

[63] Cláusula séptima de la Póliza de vida grupo deudores (Folio 90).

[64] Póliza de seguro de vida grupo deudores crédito hipotecario No. 201100000271, suscrita entre el Fondo Nacional del Ahorro y QBE Seguros S.A. El texto completo de la cláusula séptima es el siguiente: “[q]ueda expresamente aceptado y convenido, que mediante esta extensión, LA UNIÓN TEMPORAL QBE SEGUROS S.A. -SEGUROS COLPATRIA S.A. efectuará el pago anticipado de la indemnización de la cobertura de vida, al 100% de la suma asegurada de la misma; en el caso de que a cualquier asegurado se le diagnostique durante la vigencia de la póliza, alguna de las enfermedades o eventos abajo indicados cuyo origen sea el resultado de la evolución de una enfermedad degenerativa padecida anteriormente: || VIH positivo SIDA, Cáncer (...)”. (Folios 90 al 92).

[65] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 24 de mayo de 2005, expediente 7495. Esta providencia fue reiterada por la misma sala, en sentencias del 27 de agosto de 2008, expediente 14171, y del 19 de diciembre de 2008.

[66] Folio 79.

[67] Ob, Cit. Relación de Pagos al crédito No. 52.160.879, tomado por Miryan Lucero Vargas Caicedo con el Fondo Nacional del Ahorro. (Folios 151 al 153).

[68] Historia clínica de Miryan Lucero Vargas Caicedo elaborada por el Centro Oncológico LTDA. (Folios 18 al 39).

[69] Ibíd. Específicamente, en la Historia Clínica elaborada el en enero de dos mil trece (2013), se explica que la accionante tiene un “diagnóstico de cáncer de seno estado iv por metástasis ósea múltiple, (...) [la cual compromete] arco costal derecho y porciones proximales de ambos húmeros, por lesión metastásica a cráneo y esternón, con dolores severos con alteración de su capacidad funcional mayor del 50%”. (Folio 18).

[70] Ciertamente, la accionante manifiesta en el escrito de tutela que “(...) en la actualidad afronto una crisis de índole económica, pues no he podido tener una estabilidad laboral, adicional al hecho que tengo que continuar con los constantes tratamientos tendientes a

evitar la propagación dentro de mi cuerpo la enfermedad, tener que responder por el pago de las cuotas con destino al crédito hipotecario y con mis responsabilidades económicas dentro de mi hogar conmigo y con mi hijo, ya que como lo manifesté soy madre cabeza de familia”. (Folio 44)

[71] Incapacidades médicas reconocidas a Miryan Lucero Vargas Caicedo, para los meses de febrero, marzo y abril de dos mil trece (2013). (Folios 23, 26 y 34).

[72] Miryan Lucero Vargas Caicedo manifiesta en la acción de tutela que “ante el sufrimiento derivado de la enfermedad, se suma la zozobra de tener que efectuar el pago de unas cuotas de un crédito hipotecario (que hasta el momento he venido cumpliendo) pero que de todas maneras representan una gran carga para las finanzas familiares, pero que dada mi situación de salud actual generan una gran preocupación adicional, debido a que si llego a incurrir en mora puede iniciarse un proceso ejecutivo hipotecario en mi contra”. (Folio 44). Así mismo, la peticionaria afirmó en su escrito de tutela lo siguiente: “(...) en la actualidad no cuento con otro medio de ingreso para satisfacer las necesidades primarias mías y de mi familia, que debido a la situación actual, es muy complicada la consecución de una fuente formal de empleo”. (Folio 55).

[73] En este punto debe recordarse que en la sentencia T-662 de 2013 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), la Corte Constitucional sostuvo que el sistema de prescripción del contrato de seguro no puede aplicarse sin consideración de las circunstancias especiales de cada caso, y que por tanto debe observarse detenidamente la situación fáctica presentada para efectos de realizar una adecuación normativa que se compadezca con los postulados constitucionales. En este caso, la Sala considera que ubicar el siniestro en octubre de dos mil once (2011) desarrolla los derechos fundamentales de la accionante, no solo porque cumple con la finalidad del contrato de seguro pactado, en el sentido de que promueve el amparo de un riesgo realizado, sino también porque garantiza que la normatividad se aplique con apego a la realidad de las circunstancias, y tomando en cuenta la situación de desventaja en la que se halla la accionante frente al crédito hipotecario que debe cancelar.

[74] Folio 10.

[75] Al respecto pueden observarse, entre otras, las sentencias de la Corte Constitucional

T-699A de 2007 (MP. Rodrigo Escobar Gil), T-710 de 2009 (MP. Juan Carlos Henao Pérez), T-561 de 2010 (MP. Nilson Pinilla Pinilla), T-163 de 2011 (MP. María Victoria Calle Correa), T-420 de 2011 (MP. Juan Carlos Henao Pérez), T-671 de 2011 (MP. Humberto Antonio Sierra Porto), T-427 de 2012 (MP. María Victoria Calle Correa), T-556 de 2012 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio) y T-773 de 2012 (MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub). En tales providencias, diversas salas de revisión de la Corte Constitucional reiteraron la jurisprudencia constitucional sobre el establecimiento en forma retroactiva de la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral de personas que padecen enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas; señalando que el momento de estructuración de la invalidez no es precisamente el que se dictamina, sino aquel en el cual realmente las personas sufren las consecuencias negativas de su enfermedad.

[76] Vale la pena resaltar en este punto la sentencia T-309A de 2013 (MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), en la que se examinó el caso de una persona a la cual le negaron hacer efectiva una póliza de vida grupo deudores bajo el argumento de que había operado el fenómeno de la prescripción. En ese caso el accionante alegó que el siniestro no había ocurrido en la fecha de estructuración de la invalidez (2 de enero de 2006) como decía la aseguradora, sino cuando le notificaron el dictamen de pérdida de capacidad laboral (29 de diciembre de 2010), pues en ese momento tenía plena certeza de su condición de invalidez y los padecimientos alcanzaron un punto tal que no podía continuar laborando. La Corte acogió la posición del actor y sostuvo que no operaba la prescripción, ya que el siniestro había ocurrido verdaderamente cuando se notificó el dictamen de pérdida de capacidad laboral, entre otras cosas, porque “(...) la estructuración de la pérdida de capacidad del individuo es la fecha en que se genera en éste una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva la cual puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación. || En los eventos en que no coincide la estructuración con la fecha de calificación es en aquellos casos en los que se presentan situaciones de pérdida de la capacidad laboral de forma progresiva y las Juntas de Calificación establecen como fecha de estructuración de la invalidez aquella en que aparece el primer síntoma de la enfermedad, o la que se señala en la historia clínica como el momento en que se diagnosticó la misma, a pesar de que en ese momento no se hubiere perdido la capacidad laboral.” En consecuencia, se ampararon los derechos fundamentales del demandante y se ordenó hacer efectiva la póliza de vida grupo deudores.

[77] Código de Comercio, artículo 1081. “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. || La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. || La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. || Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

[78] En el expediente obran exámenes especializados del once (11) y el catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), en los cuales se observa un “leve enema peilesional [que tiene relación] con diseminación metastásica dados los antecedentes”. (Folios 9 al 14). Con base en esos exámenes la accionante fue informada que el cáncer había hecho metástasis en el sistema óseo, según manifiesta en el escrito de tutela.

[79] (Folio 7).

[80] La accionante manifiesta en el escrito de tutela que el diagnóstico de metástasis óseo se dio en el mes de octubre de dos mil once (2011). Y en efecto, en el expediente obra un concepto médico especialista del catorce (14) de octubre de dos mil once (2011), en el cual se explica que hay lesiones en los huesos “relacionable con diseminación metastásica dados los antecedentes.” (Folio 10).