

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES

SALA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA

MAGISTRADO PONENTE: RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA

RAD. 17001-31-03-004-2018-00142-01

Rad. Interno 8-026

Acta de discusión Nro. 88

Manizales, diecinueve (19) de agosto de dos mil veinte (2020).

SENTENCIA N°02

Estudiada la sustentación de los recursos de alzada interpuestos por la parte demandada y las demandantes ad- excludendum en esta instancia, así como el escrito de réplica allegado por la demandante principal, acorde al traslado escrito que, en cumplimiento del artículo 14 del Decreto 806 del 2020, fue corrido mediante auto del 25 de junio pasado, se pasa a proferir la decisión que en derecho corresponde en sede de la apelación interpuesta por la entidad demandada y por las demandantes ad-excludendum, frente a la sentencia proferida el día 24 de octubre del 2019 por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, en el proceso de Responsabilidad Civil Contractual (pago del seguro de vida) instaurado por la señora CELMIRA GRISALES GALLO en contra de la Sociedad "EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C." donde se presentó por parte de las señoras BEATRIZ ELENA Y ASTRID MILENA BETANCOURTH demanda de intervención ad excludendum en contra de la misma entidad.

ANTECEDENTES

Pretende la demandante que se declare que la demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, al haber negado el pago de la indemnización a la beneficiaria CELMIRA GRISALES GALLO por realización del riesgo asegurado mediante la póliza seguro vida grupo 2658090, certificado 00839, expedida por COLPATRIA SEGUROS COLPATRIA S.A. en Manizales el 1 de septiembre de 2010, continuada a cargo de dicha demanda a través de la póliza AA000827 con vigencia desde el 1 de mayo de 2014, reemplazada por la póliza AA001009 vigente desde el 1 de

mayo de 2015, incurrió en evidente e injustificado incumplimiento de contrato. Que igualmente se condene a la sociedad “EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.”, al pago de \$140.000.000.00 valor inicial del seguro básico de muerte del señor Gerardo de Jesús; y se condene igualmente a la entidad demandada al pago de los intereses moratorios a la tasa máxima autorizada por la Superfinanciera y al pago de las costas, incluidas las agencias en derecho¹.

Como cimienta de sus pretensiones, expuso en síntesis²:

Que el 18 de mayo de 2016, falleció de manera natural el señor Gerardo de Jesús Betancourt Álvarez, quien para esa data estaba asegurado por la póliza seguro vida grupo 2658090, certificado 00839, tomada por “Morris Asesores de Seguros Ltda”, y expedido por Colpatria Seguros Colpatria S.A. (Nit 860.002.14.6) el 1 de septiembre de 2010.

Que en la citada póliza es asegurada principal la señora CELMIRA GRISALES GALLO, hoy cónyuge supérstite de GERARDO DE JESUS BETANCOURT.

Que la indemnización, en caso de cumplirse el riesgo, o sea la muerte de cualquiera de los asegurados, se pactó en la suma de 140.000.000; póliza que siguió a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS ORGANIZACIÓN COOPERATIVA a través de la póliza AA000827 con vigencia desde el 1 de mayo de 2014, reemplazada por la póliza AA 001009 vigente desde el 1 de mayo de 2015.

Que acaecida la muerte del asegurado BETANCOURT ALVAREZ, riesgo amparado en la póliza que se viene mencionando, se procedió por la beneficiaria a realizar la correspondiente reclamación por medio de escrito dirigido a la EQUIDAD SEGUROS, recibido en las oficinas de “Morris Asesores de Seguros Ltda” de Manizales el 1 de julio de 2016, pero ilegal e injustificadamente se tardó su respuesta hasta el 10 de enero de 2017, emitida por esta última.

Que como respuesta a la anterior solicitud se expresó que no es posible la reclamación, porque antecederamente a la época en que se solicitó el seguro, el asegurado estuvo hospitalizado en “UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS”, es decir, “ya presentaba afecciones cardíacas”, sin que de ello se hubiese suministrado ninguna información a la aseguradora.

Que frente a una nueva reclamación formulada por la beneficiaria, la aseguradora LA EQUIDAD se pronunció mediante escrito fechado el 30 de junio de 2017, negando el pago de la indemnización por considerar que la póliza de seguro quedó viciada de nulidad (reticencia), acorde con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, argumentando que “cuando usted solicitó el seguro y firmó la solicitud en agosto de 2010; el asegurado ya presentaba antecedentes médicos por afecciones cardíacas y no las manifestó a la Compañía de Seguros”.

¹ Folios 84 y 85 del cuaderno principal

² Fls. 81 a 88 ibidem.

Que la afirmación sobre afecciones cardíacas padecidas por el asegurado y en las cuales se afianza la aseguradora para denegar el pago de la indemnización, como se observa en las respuestas a las reclamaciones formuladas por la señora Celmira Grisales Gallo, en un comentario que hizo aquel en consulta médica del 9 de julio de 2007, del cual se registró información en la historia clínica en estos términos: “es claro en decir que no le gusta venir al médico que incluso luego de una hospitalización en UCC no volvió a cita con cardiólogo”; pero refiere que tal afirmación se cae de tajo al ver el acta de defunción expedida por el DANE del asegurado GERARDO DE JESUS BETANCOURT, la cual establece que su muerte fue natural, según certificado del DANE, lo que quiere decir que no estuvo asociada a ninguna enfermedad, ni de ninguna manera influenciada por afecciones cardíacas de las que jamás se supo, se doliera el señor BETANCOURT, de donde la excusa para negar el pago del siniestro carece absolutamente de soporte fáctico y jurídico y constituye un evidente grave incumplimiento del contrato por parte de la aseguradora.

TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue presentada el 11 de julio de 2018, previa inadmisión, fue admitida imprimiéndosele el trámite legal mediante proveído del 15 de agosto de 2018, (Fls. 94, C.1).

Una vez notificada, la empresa demandada contestó la demanda, negando el hecho 11; admitiendo totalmente los hechos 1- 2-4-6-7-8-9-10-12 y 14, y parcialmente los hechos 3-5- y 13; con respecto al supuesto 11 manifestó que no es un hecho; se opuso a las pretensiones y propuso como excepciones de mérito las que denominó: (1) *“CONFIGURACIÓN DE LA RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”*, (2) *“PADECIMIENTO DE PATOLOGÍAS CARDÍACAS PREVIAS A LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA GENERA UNA EXCLUSIÓN EN LOS AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA”*, (3) *“LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO RECLAMADO”*, (4) *“LA GENÉRICA O INNOMINADA”*. (Fls. 109 y siguientes C.1).

Se fijó el 28 de marzo de 2019 para llevar a cabo la audiencia concentrada con el fin de efectuar lo atinente a los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes.

El 27 de marzo de 2019, se recibió por parte del despacho de primera instancia DEMANDA DE INTERVENCIÓN AD EXCLUDENDUM, formulada por las señoras BEATRIZ ELENA BETANCOURTH GRISALES Y ASTRID MILENA BETANCUR GRISALES, por lo cual fue aplazada la audiencia concentrada, con el fin de darle trámite a la nueva demanda de conformidad con el artículo 63 del C.G.P.

En síntesis la demanda ad excludendum contiene los mismos hechos de la demanda principal, a diferencia que se solicita la declaración a las intervinientes BEATRIZ ELENA BETANCOURTH GRISALES Y ASTRID MILENA BETANCUR GRISALES en su calidad de herederas del extinto GERARDO DE JESUS BETANCUR ALVAREZ, asegurado, que tienen la calidad de beneficiarias y por consiguientes acreedoras del 50% de la indemnización y demás prestaciones económicas que en el proceso reclama la señora CELMIRA GRISALES GALLO; y se condene igualmente a la entidad demandada al pago de los intereses moratorios a la tasa máxima autorizada por la Superfinanciera y al pago de las costas procesales correspondiente a cada una de las hijas.

Prevía inadmisión, fue admitida la demanda ad excludendum imprimiéndosele el trámite legal mediante proveído del 17 de agosto de 2018, (Fls. 69, C.2).

Una vez notificada, la empresa demandada contestó la demanda; oponiéndose a las pretensiones y propuso como excepciones de fondo las que denominó: (1) *“NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS”*, (2) *“PRESCRIPCIÓN”*, (3) *“INDEBIDA TASACIÓN DE INTERESES MORATORIOS”*, (4) *“FALTA DE REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD”* y (5) *“LA GENÉRICA O INNOMINADA”*. (Fls. 79 y siguientes C.2).

Posteriormente y una vez decretadas las pruebas de la demanda ad excludendum, se fijó como nueva fecha para llevar a cabo la audiencia concentrada el 24 de octubre de 2019.

En la fecha indicada se surtieron las etapas pertinentes declarándose fracasada la etapa conciliatoria, se practicó el interrogatorio de parte al representante legal de la demandada, se hizo fijación del objeto del litigio, se realizó el control de legalidad, y se practicó la contradicción del dictamen presentado por la demandante; se escucharon los alegatos de conclusión y se profirió sentencia³.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La juez *a quo*, como ya se dijo, profirió sentencia declarando probada la excepción de prescripción, propuesta por la sociedad demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., dentro de la DEMANDA DE INTERVENCIÓN AD EXCLUDENDUM que propusieron las señoras BEATRIZ ELENA Y ASTRID MILENA BETANCOURTH GRISALES, dentro del proceso verbal contractual promovido por la señora CELMIRA GRISALES GALLO, en frente de dicha aseguradora; igualmente declaró no probadas las

³ Folios 168 y siguientes, aud. 1

excepciones de mérito propuestas por la sociedad demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., dentro del presente proceso y que denominó “CONFIGURACIÓN DE LA FIGURA DE LA RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”, “PADECIMIENTO DE PATOLOGÍAS CARDÍACAS PREVIAS A LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA GENERA UNA EXCLUSIÓN EN LOS AMPAROS DE SEGURO DE VIDA”, “NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS”, “LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO” Y la “INNOMINADA”; consecuentemente declaró que la demandada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., al negar la indemnización a la beneficiaria CELMIRA GRISALES GALLO, incurrió en evidente e injustificado incumplimiento del contrato, ordenándoles pagar a favor de la señora GRISALES, la suma de setenta millones de pesos (70.000.000) con los respectivos intereses de conformidad con el artículo 1080 de C.de Co.; finalmente condenó en costas a las demandantes ad excludendum a favor de la sociedad demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES y fijó como agencias en derecho la suma de seis millones de pesos (6.000.000) y CONDENA en costas a la sociedad demandada la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y a favor de la demandante CELMIRA GRISALES GALLO. Fijan como agencias en derecho la suma de seis millones de pesos (6.000.000) Para llegar a las anteriores conclusiones el Juez de primer nivel consideró, básicamente y de manera resumida, que:

“(…)El tema de la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y, específicamente, el punto respecto al momento a partir del cual comienza a correr el plazo que la estructura, debe resolverse a favor de la tesis que expone la parte demandada, toda vez que, tratándose de prescripción ordinaria que es la que interesa en este caso, por aquello de que las demandantes ad excludendum, únicas respecto de las cuales se propuso este medio exceptivo, el que necesariamente debe ser alegado (art. 282, inciso 1, C.G.P., quienes ostentan la condición de beneficiarias de ley, en la forma analizada anteriormente, dicho fenómeno jurídico “empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (se subraya), entendiendo por aquél, “quien deriva algún derecho del contrato de seguro”, esto es, “el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador”⁴, según se extrae de lo consagrado en los numerales 1º, 2º y 3º del artículo 1047 ibídem. “

En cuanto a la demanda principal, determinó:

“Ahora, sobre la pregonada preexistencia aducida por la demandada para objetar la reclamación que le hiciera CELMIRA, solo se cuenta con la anotación hecha en la historia clínica del fallecido por parte de la médico general de urgencias NORMA CECILIA CASTAÑO ARIAS, cuando consultó por un cuadro de diarrea, el 09/07/2007, 3 años antes la suscripción del seguro, que reza textualmente: “ES CLARO EN DECIR QUE

⁴ Cas. Civil, sentencia del 4 de julio de 1977.

NO LE GUSTA VENIR AL MÉDICO QUE INCLUSO LUEGO DE UNA HOSPITALIZACIÓN UCC NO VOLVIÓ A CITA CON CARDIÓLOGO”.

Registro que no proviene del asegurado fallecido ni de la asegurada principal sino de un tercero que afirmó que esto lo dijo el fallecido, “huérfano de fuente”, que no cuenta “con soporte probatorio alguno”, pues no existe ningún medio de convicción que precise y acredite que para la época de suscripción de la póliza de seguro, el señor BETANCOURTH ÁLVAREZ “sufriera y le hubiera sido diagnosticada” enfermedad grave o crónica, que fue la condición impuesta en el seguro, entre otras, en materia de exclusiones.

(...)En conclusión, no demostró la aseguradora que para la época de formación del contrato de seguro la señora CELMIRA GRISALES GALLO fue reticente en informar el presunto padecimiento cardíaco de su cónyuge, ninguno de los medios probatorios arrojados al proceso conducen a ese resultado (Art. 167 C. G. P.), por lo que las defensas en que apuntaló sus excepciones la demandada, que denominó “CONFIGURACIÓN DE LA FIGURA DE LA RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”, “PADECIMIENTO DE PATOLOGÍAS CARDÍACAS PREVIAS A LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA GENERA UNA EXCLUSIÓN EN LOS AMPAROS DE SEGURO DE VIDA”, “NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS”, basadas en la presunta reticencia, están llamadas al fracaso.”

IMPUGNACIÓN.

No conforme con la decisión, la parte demandante ad excludendum y el apoderado de la sociedad demandada, interpusieron recurso de apelación. El Despacho concedió la alzada en el efecto suspensivo.

POR PARTE DE LAS DEMANDANTES AD EXCLUDENDUM:

La apoderada judicial, fundamenta su inconformidad en que independientemente del tipo de prescripción, ordinaria o extraordinaria, estuvo interrumpida por efectos de la reclamación para la indemnización del riesgo asegurado, la conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad y presentación de la demanda, que si bien fueron actividades de la autoría de la asegurada principal CELMIRA GRISALES, indubitablemente favorece a sus procuradas

Igualmente, refiere que sus poderdantes no son beneficiarias designadas en la póliza de seguros y por consiguiente no puede tratárseles como partes vinculadas directamente al contrato y exigírseles el conocimiento del derecho para efectos de estudiar la prescripción, porque en tales condiciones lógico es concluir que desconocían el derecho y por ello la prescripción que debe aplicarse en su contra es la extraordinaria de cinco (5) años.

Finalmente, solicita revocar la sentencia confutada y en su lugar disponer el reconocimiento de las pretensiones invocadas por sus representadas y de no salir

avante sus peticiones, ruega que se reforme lo relacionado a las agencias en derecho fijadas en contra de estas, rebajándolas al cincuenta por ciento (50%).⁵

POR PARTE DEMANDADA (LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.):

Los motivos de inconformidad expuestos por la apoderada judicial de la Equidad Seguros de vida, consisten en: *“(...) que para la juez el registro contenido en la historia clínica del fallecido no es prueba suficiente para determinar que la demandante incurrió en reticencia al asegurar en la declaración de asegurabilidad que ella y su grupo familiar se encontraban en buen estado de salud y que no han padecido, entre otras, afecciones cardíacas, dejando de lado la claridad que aporta el registro del 9 de julio de 2007 en la historia clínica con los registros del 18 de mayo de 2016, fecha del fallecimiento, para establecer la evidente conexión que existió entre la causa de la muerte y los problemas cardíacos que el señor BETANCUR ALVAREZ padecía en vida(...)”*.

En esta instancia el recurso fue admitido mediante auto del 14 de noviembre de 2019 (Fl. 4, C.2); y de acuerdo con el decreto 806 de junio 4 de 2020, en proveído del junio 24 de 2020, se corrió traslado a las partes para alegar, facultad de la cual hicieron uso oportunamente.

CONSIDERACIONES

PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER:

Para decidir el fondo de la presente controversia la Sala deberá resolver en primer lugar, si fue acertada la decisión de la juez a quo al declarar avante la excepción de fondo propuesta por la Equidad Seguros Generales en contra de la demanda ad excludendum, consistente en la prescripción ordinaria; y en segundo lugar deberá establecer si la demandada cumplió o no, con la carga probatoria que le competía, en orden a acreditar el hecho generador de la reticencia e inexactitud sobre el estado de salud que atribuye al asegurado para el momento de celebración del contrato

SOBRE LA PRESCRIPCION ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO:

El artículo 1081 del Código de Comercio, consagra la prescripción de las acciones que se derivan del contrato aseguraticio, en sus modalidades de ordinaria y extraordinaria:

⁵ folios 171 y ss., c1

"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".

Las dos modalidades de prescripción en materia de seguros (ordinaria y extraordinaria), establecen el tiempo a partir del cual se computa su término, consagrando dos hitos diferentes: la ordinaria, en "el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción". La extraordinaria por el contrario, "desde el momento en que nace el respectivo derecho"; Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, la segunda no.

En el punto, expuso nuestra H. Corte Suprema de Justicia:

"Para determinar cabalmente el cómputo de estos términos, es preciso tener en cuenta la diversidad de acciones que surgen "del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen", pues obviamente el artículo 1081 del C. de Co. no está diseñado ni se agota exclusivamente frente a la indemnizatoria -o la encaminada a exigir la prestación asegurada- en manos del beneficiario del seguro, cuestión que obliga, en el marco de una cabal hermenéutica de ese precepto, a establecer en cada caso concreto la naturaleza de la prestación reclamada, pues ésta ha de determinar a su turno cuál "ES EL HECHO QUE DA BASE A LA ACCIÓN" (tratándose de la prescripción ordinaria) y en qué momento "NACE EL RESPECTIVO DERECHO" (cuando se invoque la prescripción extraordinaria); desde luego que esas acciones no siempre tienen su origen en un solo hecho o acontecimiento, pues éste varía conforme al interés de su respectivo titular (tomador, asegurado, beneficiario, o asegurador), y tampoco tienen siempre su fuente en el contrato mismo de seguro, sino algunas veces en la ley, como acontece con las acciones y las excepciones de nulidad relativa, la devolución de la prima etc.. Lo anterior, es claro, sin perjuicio del régimen prescriptivo establecido en el artículo 1131 del C. de Co. para el seguro de responsabilidad civil, en el que la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición

indemnizatoria, (judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde "el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, según lo esclareció el legislador del año 1.990 (art. 86, Ley 45 de 1990).

Así, el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (prescripción ordinaria), será distinto en cada caso concreto, según sea el tipo de acción a intentar, y quién su titular, y otro tanto es pertinente predicar del "momento en que NACE EL RESPECTIVO DERECHO", cuando se trate de la prescripción extraordinaria, pues en ésta ese momento tampoco es uno mismo para todos los casos, sino que está dado por el interés que mueve a su respectivo titular.

Consecuente con lo anotado, cuando se está en frente de acciones "derivadas del contrato" como sucede con la de reconocimiento de la indemnización (o de la prestación asegurada) a que tiene derecho el beneficiario, el momento a partir del cual ha de correr contra él la prescripción ordinaria, es distinto al que ha de tenerse en cuenta para computar idéntica prescripción contra el asegurador en el supuesto de que éste, apoyado en acciones "derivadas de la ley", demande o excepcione, según el caso, la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia del tomador en la declaración de asegurabilidad, pues en estos supuestos "el hecho que da base a la acción" o el nacimiento del "respectivo derecho" es necesariamente diferente.

En efecto, en el primer caso, como lo dijo la Corte en sentencia de 7 de julio de 1977 (G.J. Tomo CIV, pág. 139 ss), el término prescriptivo ordinario correrá a partir del conocimiento –real o presunto- y el extraordinario a partir del acaecimiento del siniestro; mientras que en el segundo caso, operará a partir del momento en que el asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas; la misma distinción es preciso hacer, en el ejemplo referido, respecto del término prescriptivo extraordinario, porque, en el primer caso, ese término correrá contra el asegurado demandante a partir del acaecimiento del siniestro, cual lo precisó igualmente esta Corporación en la sentencia señalada; mientras que, en el segundo caso, los cinco años con los que se consuma dicha prescripción extraordinaria correrán contra el asegurador desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, será estrictamente aquella en la cual se perfeccione el contrato viciado por la mediación de tales irregularidades, llamadas a eclipsar el asentimiento de la entidad aseguradora que, aun cuando ontológicamente son anteriores, no puede perderse de vista que el derecho a impugnarlo, surge luego de su celebración, de suerte que con antelación, en puridad, no hay aún contrato y, por sustracción de materia, nada que atacar. Al fin y al cabo, dicha acción persigue impugnar la eficacia de un negocio jurídico

previamente viciado. De ahí que cuando el inciso 3° del artículo 1.081 del Código de Comercio alude al nacimiento del respectivo derecho, hay que entender que se está refiriendo al derecho de impugnar su validez a través de la formulación de una acción o de una excepción orientada a su declaratoria por el aparato judicial, lo cual supone su perfeccionamiento. Por ello es por lo que la reticencia o la inexactitud adquirirán virtualidad negocial y, por tanto, relevancia jurídica, en la medida en que efectivamente se celebre el contrato de seguro". H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria. Magistrado Ponente: Nicolás Bechara Simancas. 3 de mayo de dos mil (2000). Expediente N° 5360.

Sobre el particular, el tratadista Hernán Fabio López Blanco en su obra "Contrato de Seguro", Editorial Dupré Editores Ltda., 3a. edición, página 244 afirma que *"el alcance global del numeral regulador de la prescripción extraordinaria, en lo relativo al cómputo, es por completo distinto del de la ordinaria, ya que en aquella lo que se tiene en cuenta es el momento en que ocurrió el siniestro, independientemente de si conoció o debió conocer, mientras que en la prescripción ordinaria la base para el cómputo de los dos años es el momento en que se tuvo, o debió tenerse, conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir, del siniestro"*.

Pero el momento a partir del cual comienzan a correr los términos prescriptivos no es el único elemento diferenciador de las dos prescripciones, ordinaria o extraordinaria-; existe otro elemento diferenciador entre una y otra y hace referencia a la capacidad de las personas frente a las cuales corre el uno y el otro; mientras el término de prescripción ordinaria no corre para los incapaces, en la extraordinaria el término comienza a correr para todas las personas, sean capaces o no. En este sentido se ha expresado nuestra Honorable Corte Suprema de Justicia, cuando afirmó:

- *"(...)Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo que dicho término se suspende en relación con los incapaces (C.C. art. 2541), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquel hecho, mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho (...)”⁶* (El resaltado se encuentra por fuera del texto original).

Conforme con lo anterior, ni el asegurado ni el beneficiario pueden escoger el término de prescripción que más les convenga como pretende hacer la recurrente, ya que uno

⁶ C.S.J., Cas., Civil, Sent. Mayo 3/2000, expel. 5360. M.P. Nicolás Bechara Simancas

y otro dependen de las circunstancias; así las cosas, para la fecha en que intervienen las excluyentes BEATRIZ ELENA BETANCOURTH GRISALES Y ASTRID MILENA BETANCOURTH GRISALES, ya los términos para accionar lo derivado del contrato de seguros se encontraba prescrito, teniendo en cuenta que el fallecimiento del asegurado GERARDO DE JESUS ocurrió el 18 de mayo de 2016, data para la cual las reclamantes eran plenamente capaces- recordemos que la capacidad se presume- y fue el momento en el cual afloró el derecho para las interesadas, ergo, no eran los términos de la prescripción extraordinaria con el que contaban las señoras BETANCOURTH GRISALES, sino los términos de la ordinaria y por lo mismo, contaban con dos años para demandar conforme el artículo 1081 del C de Co. es decir, hasta el 18 de mayo de 2018; solo hasta el 27 de marzo de 2019 se ejerció la presente demanda ad excludendum estando ya fenecida la oportunidad para ello; y no puede predicarse que las actuaciones realizadas por la demandante principal, CELMIRA GRISALES GALLO, produzcan algún tipo de interrupción de la prescripción para sus hijas, toda vez que como bien lo expresó la juez a quo, en virtud del artículo 60 del C.G.P, los litis consortes facultativos (como en este caso) serán considerados en sus relaciones con la contraparte, como litigantes separados y los actos de cada uno de ellos no redundarán en provecho ni en perjuicio de los otros, sin que por ello se afecte la unidad del proceso.

En relación con la censura respecto a la condena en costas, comencemos diciendo que si bien es cierto que una primera lectura del recurso parecería desprenderse que la inconformidad comprende de manera integral tanto las expensas como las agencias en derecho a que fuera condenada esta parte en favor de la sociedad “Equidad Seguros Generales”, pero leído con mayor atención el recurso, bien pronto se percata este Colegiado que su disenso está direccionado únicamente a las agencias en derecho, pues tanto en el escrito de interposición del recurso, como del libelo en donde lo sustenta ante esta Colegiatura se puede leer:

- “(...) No resulta justa y equitativa (sic) la condena en costas que se impuso, concretamente en la fijación de las agencias en derecho, pues si mis procuradas promovieron su (...)
- (...)
- Por lo que las agencias en derecho, si se consideró que no había lugar a condena en costas a favor de los demandantes, las fijadas (entiéndase agencias en derecho), las fijadas (agencias en derecho) a favor de dicha demandada debieron ser limitadas al 50%. No se olvide que las agencias fijadas a favor de la demandante y frente a la mencionada demandada, fueron también (...)”. Las negrillas fuera del texto original.

Y si la censura se encamina únicamente al monto de las agencias en derecho, este no es el estadio procesal oportuno para debatirlas, en los términos del numeral 5° del artículo 366 del Código General del Proceso.

Ahora bien, haciendo abstracción de si la censura comprende las costas, entendiendo estas como los gastos o expensas realizadas por la parte beneficiada con la condena, que aparezca comprobados, que hayan sido útiles y correspondan a actuaciones autorizadas (numeral 3 del artículo 366 del Código General del Proceso) y las agencias en derecho; o solamente a estas últimas, lo cierto es que tampoco puede accederse a la solicitud de rebaja de costas por cuanto su pretensión solamente cobijaba el 50% del total de lo pretendido; en tanto y por cuanto el prorrateo o porcentualización de las costas solamente es admisible cuando la parte condenada a ellas esté conformada por dos o más litigantes; evento este en que, conforme lo consagra el numeral 6 del artículo 365 del C.G. del P. se condenará en proporción a sus interés en el proceso; si no se dispone al respecto, se entenderán distribuidas por partes iguales entre ellos.

En la presente controversia, los que intervinieron ad excludendum fueron los únicos que resultaron condenados en favor de la sociedad demandada; luego, no habrá con quien prorratear dichos gastos, siendo indiferente que lo pretendido fuera el 50% o cualquier otro porcentaje del total solicitado.

-RETICENCIA E INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1058 C DE CIO)

El seguro de vida grupo, modalidad del seguro de personas, que permite a un solo tomador asegurar un número indeterminado de personas, negocio jurídico que origina tantos contratos de seguro como asegurados conforman el grupo correspondiente, impone también al asegurado la carga precontractual de declaración veraz y certera del estado del riesgo –art. 1058 C. de Co-, la que se concreta en expresar verazmente cuales son los hechos o circunstancias que determinan la intensidad y la probabilidad del riesgo, sin incurrir en reticencia o inexactitud, a menos de afectar el negocio por nulidad relativa, en cuanto vicia el consentimiento del asegurador al impedirle el conocimiento real de la intensidad o la probabilidad del riesgo, elementos éstos determinantes no solo del consentimiento del asegurador para contratar –art. 1056 C de Co -, sino del monto de la prima que “este debe cobrar y que está directamente relacionado con las condiciones que pudiéramos llamar objetivas del riesgo”⁷; desatención de la carga mencionada, hace referencia a hechos o circunstancias relevantes, que de haber sido conocidas por el asegurador, para el momento de la celebración del negocio, hubieren afectado su manifestación de voluntad en el sentido de que “lo hubieran retraído de celebrar el

⁷ Ordóñez O. Andrés E. Lecciones de derecho de seguros No. 3. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2004, Pág.21

contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas” –art. 1058 C de Co, generándose de esta manera vicio del consentimiento, denominado por los doctrinantes, error inducido por dolo o culpa del tomador, supuesto de nulidad relativa en el evento que la reticencia o inexactitud hubiere sido culpable; o, en caso contrario, esto es, si el error es inculpable en el sentido que tal circunstancia podía ser razonablemente ignorada por el tomador o asegurado, a la reducción de la indemnización debida por el asegurador en caso de siniestro.

DE LA CARGA DE LA PRUEBA (ARTICULO 167 C.G.P)

El Juez dentro del procedimiento probatorio, debe entrar valorar los medios probatorios proporcionados por las partes con el fin de establecer los supuestos fácticos invocados por estos, como fundamento de sus pedimentos, razón por la cual al juez le compete, ante la falta de acreditación de algún hecho, acudir al sucedáneo de la prueba, en orden a determinar a quién estaba adscrito el actuar probatorio para, ante su omisión, aplicar la consecuencia de negación, en cuanto que sólo respecto de los hechos alegados y probados puede el órgano jurisdiccional concretar el derecho. A la reticencia o inexactitud, puede llegar la parte asegurada, de manera espontánea o mediando un cuestionario propuesto por el asegurador, modalidades que inciden en la carga probatoria a su cargo. Así, en el último evento –art. 1058 inc. 1 C de Co-, tal aspecto puede inferirse de las respuestas expresadas, dado que sólo es relevante en cuanto se refiere a las circunstancias preguntadas, entendiéndose que si no se hace una pregunta sobre determinada circunstancia, ésta no es relevante para el asegurador; que no la toma en cuenta para formarse una opinión respecto del estado del riesgo. Por oposición, cuando es espontánea –art. 1058 inc.2° C. de Co -, es mucho más difícil juzgar la conducta de la parte asegurada para saber hasta qué punto las inexactitudes en las que pudo haber incurrido son culposas, intencionales o inculpables, o son determinantes o no, por el hecho de que la buena fe se presume; correspondiendo, entonces, al asegurador acreditar suficientemente la culpa o el dolo del declarante.

Sobre el tema anterior, la Jurisprudencia Patria ha reconocido que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias; dicho de manera diferente, la preexistencia no siempre es sinónimo de reticencia; aquella, la preexistencia, es un hecho objetivo, se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho; esta última, la reticencia, es subjetiva porque necesariamente involucra el componente de la mala fe, de ahí que el asegurador debe probar no solo la

preexistencia de una enfermedad, sino la motivación del tomador de ocultar dicha situación.⁸; es decir, que para que exista reticencia es necesario el obrar malicioso de la tomadora del seguro.

ANÁLISIS PROBATORIO DEL CASO CONCRETO

Aplicadas las nociones anteriores, corresponde como se expresó, determinar si la demandada cumplió o no, con la carga probatoria que le competía, en orden a acreditar el hecho sobre el estado de salud del asegurado, que atribuye haber omitido a la asegurada principal informar para el momento de celebración del contrato, generador de la reticencia e inexactitud.

De entrada, la Sala encuentra que el demandado no logró acreditar ni la preexistencia de la enfermedad cardíaca, ni la intencionalidad maliciosa de la tomadora para ocultar dicha afección, si es que en algún momento esta existió, razón por la cual se comparte la decisión de la a quo, basados primero, en la buena fe que rodea al contrato de seguro y segundo porque en la tarea de valoración de los medios probatorios, se encuentra que para acreditar tal preexistencia, esto es, la afectación cardíaca del señor GERARDO DE JESUS BETANCUR (asegurado) para la época en que fue tomado el seguro por parte de la señora CELIRA GRISALES, la aseguradora solo apoya su negativa de reconocimiento, en la anotación realizada en la historia clínica del fallecido GERARDO DE JESUS BETANCUR ALVAREZ por parte de una médica general de urgencias, donde por un cuadro de diarrea, el paciente realiza la siguiente manifestación : “ES CLARO EN DECIR QUE NO LE GUSTA VENIR AL MEDICO QUE INCLUSO LUEGO DE UNA HOSPITALIZACIÓN UCC NO VOLVIÓ A CITA CON CARDIÓLOGO”.

Anotación que para la Sala no proviene del asegurado fallecido ni de la asegurada principal como bien lo indica la juez de primera instancia, sino de otra persona que aseveró que esto fue lo afirmado por el fallecido, sin que siquiera se hubiese constatado científicamente, por parte de quien lo atendía, que existiera al menos, algún rastro de tal padecimiento para la época de suscripción de la póliza de seguro, tampoco se acreditó, ni siquiera sumariamente, que al señor BETANCOURTH ALVAREZ se le hubiese diagnosticado al menos alguna otra enfermedad grave o crónica que generen exclusión del amparo; razones suficientes para concluir que no existió reticencia por parte de la señora Celmira Grisales Gallo al suministrar información respecto del estado de salud de su cónyuge al momento de suscribir el contrato de seguro; es que la historia CLÍNICA No. 7013856 remitida por la central de urgencias Manizales Corporación IPS EJE CAFETERO⁹, que sirvió de soporte a la aseguradora para alegar la reticencia, solo refiere que el señor GERARDO DE JESÚS consultó, el 9

⁸ Consultar entre otras las sentencias de la Corte Constitucional: T-222 de 2014; T-240 de 2016 y T-251 de 2017

⁹ Fol 66. c 1

de julio de 2007- 3 años antes de la celebración del contrato de seguros- por un cuadro de diarreico, por tanto, se itera, la anotación realizada por la médico que reza lo siguiente: “ES CLARO EN DECIR QUE NO LE GUSTA VENIR AL MEDICO QUE INCLUSO LUEGO DE UNA HOSPITALIZACIÓN UCC NO VOLVIÓ A CITA CON CARDIÓLOGO”; no pasa de ser una mera anotación sin respaldo científico alguno; posteriormente, se evidencia en las historias clínicas que acudió nuevamente al médico general por problemas urinarios 06/08/2009¹⁰, en donde al examen físico sobre el aspecto cardiológico solo arroja: “ruidos cardíacos rítmicos no soplos”.

Con igual suerte corren las pruebas documentales, en donde solo se puede afirmar que el señor GERARDO DE JESUS BETANCUR, gozaba de buena salud para la época de celebración del negocio de seguro y hasta después de esa data, ya que era una persona que no usaba medicamentos, no tenía que vivir con algún tipo de restricciones, ni tampoco tenía alguna patología diagnosticada, información que resulta relevante en este asunto ya que la entidad demandada no pudo desvirtuar el hecho de esa buena salud del asegurado, ni antes ni coetáneo con la época de celebración del contrato de seguro, por tanto, no puede predicarse el fenómeno de la reticencia ni la inexactitud, como generador de la nulidad relativa invocada por el demandado lo que conduce entonces a desestimar la excepción en tal sentido formulada, lográndose así el éxito de la pretensión del demandante. Por lo tanto, por esta razón, la sentencia de primera instancia deberá ser confirmada,

Se condena en costas a la parte demandada a favor de la parte demandante; igualmente se condena en costas a las DEMANDANTES AD EXCLUDENDUM BEATRIZ ELENA Y ASTRID MILENA BETANCOURTH GRISALES, a favor de la sociedad demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C; las cuales serán liquidadas ante el a quo en la forma contemplada en el artículo 366 CGP:

DECISIÓN

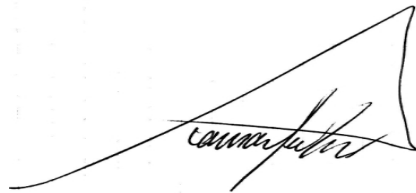
En mérito de lo expuesto, el **H. TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES, EN SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia proferida el 24 de octubre de 2019 por el **JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES, CALDAS**; dentro del proceso Verbal –de Responsabilidad Civil Contractual- instaurado por la señora **CELMIRA GRISALES GALLO** en contra de la Sociedad “**EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**” donde se presentó por parte de las señoras **BEATRIZ ELENA Y ASTRID MILENA BETANCOURTH** demanda de intervención ad excludendum en contra de la misma entidad.

¹⁰ Fol. 46, c1

Condena en costas de segundo grado:

Se condena en costas a la parte demandada a favor de la parte demandante; igualmente se condena en costas a las DEMANDANTES AD EXCLUDENDUM BEATRIZ ELENA Y ASTRID MILENA BETANCOURTH GRISALES, a favor de la sociedad demandada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C; las cuales serán liquidadas ante el a quo en la forma contemplada en el artículo 366 CGP

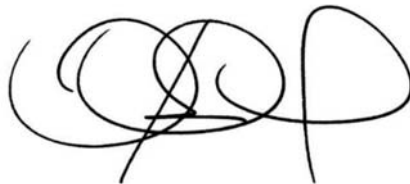
LOS MAGISTRADOS,



RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA
Magistrado Ponente



SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO
MAGISTRADA



SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA
Magistrada