REPÚBLICA DE COLOMBIA

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES
SALA DE DECISIÓN CIVIL- FAMILIA
MAGISTRADO PONENTE. - RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA
RAD. 17001-31-03-001-2019-00167-02
Rad. Interno 016
Nro. Acta: 78
Manizales, ocho (08) de junio de dos mil veintiuno (2021)

Sentencia N° 56

Se encuentra para conocimiento de la Sala de Decisión el recurso de apelación concedido a Allianz Seguros de Vida S.A, con relación a la sentencia proferida el 26 de noviembre de 2020 por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, Caldas; dentro del proceso verbal – declaración de Nulidad Relativa de Contrato de Seguro promovido en contra del señor José Humberto García Ospina.

I. ANTECEDENTES

I.1. DEMANDA

En escrito presentado por intermedio de apoderado judicial, la accionante radicó demanda verbal de Nulidad Relativa de Contrato de Seguro en contra del señor José Humberto García Ospina, solicitando se declare (ii) que el demandado incurrió en reticencia e inexactitud al momento de celebrar los contratos de seguros contenidos en las pólizas de seguros de vida “Allianz Vida, modalidad deudores” No. 021903921-0 y 021909257-0 expedidas por Allianz Seguros de Vida S.A, (ii) la nulidad relativa de los contratos de seguros contenidos en las pólizas de seguros de vida “Allianz Vida, modalidad deudores” No. 021903921-0 y 021909257-0 celebrados entre José Humberto

García Ospina y Allianz Seguros de Vida S.A y, (iii) que Allianz Seguros de Vida S.A tiene derecho a retener la totalidad de la prima pagada por el señor José Humberto García Ospina, en lo que atañe a los contratos de seguros contenidos en las pólizas de seguros de vida "Allianz Vida, modalidad deudores" No. 021903921-0 expedida el 14 de marzo de 2016 y No. 021909257-0 expedidas el 24 de mayo de 2016 por Allianz Seguros de Vida S.A.

Como pretensiones subsidiarias, solicitó se declarase (i) que en relación a las pólizas de seguros de vida "Allianz Vida, modalidad deudores" No. 021903921-0 y 021909257-0 no ha ocurrido, ni se ha configurado el siniestro de incapacidad total por enfermedad del señor José Humberto García Ospina, (ii) que Allianz Seguros de Vida S.A no está obligada a pagar prestación alguna al señor José Humberto García Ospina, (iii) que el señor José Humberto García Ospina incurrió en mala fe en la formulación de la reclamación o comprobación del derecho que pudiera derivar para el mismo, de las pólizas de seguros de vida "Allianz Vida, modalidad deudores" No. 021903921-0 y 021909257-0, (iv) la pérdida del derecho de la eventual indemnización o suma asegurada por el señor José Humberto García Ospina por haberse configurado el supuesto previsto en el inciso 2 del artículo 1078 del Código de Comercio y, (v) que se condene al demandado en caso de oposición a las pretensiones subsidiarias, al pago de costas y agencias en derecho que se causen con ocasión al trámite del presente proceso.

Como sustento fáctico de sus pretensiones expuso los hechos que a continuación se sintetizan:

Allianz Seguros de Vida S.A expidió las pólizas de seguros de vida "Allianz Vida, modalidad deudores" No. 021903921-0 el 14 de marzo de 2016 con vigencia del 14 de marzo de 2016 al 10 de marzo de 2017 y No. 021909257-0 con vigencia del 24 de mayo de 2016 al 23 de mayo de 2017, en las que aparecen como tomador o asegurado el señor José Humberto García Ospina y como beneficiario BBVA Colombia S.A, en el primero de los contratos se determinaron las *"coberturas contratadas"* así:

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Fallecimiento	$170.000.000
Incapacidad total o permanente	$170.000.000

En el segundo de ellos se determinaron las *"coberturas contratadas"* así:

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Fallecimiento	$60.000.000
Incapacidad total o permanente	$60.000.000

Ambos contratos de seguros se renovaron por la aseguradora hasta la fecha.

En el mes de octubre de 2018, el señor José Humberto García Ospina presentó reclamación ante la aseguradora, tendiente a afectar el amparo de incapacidad total y permanente, en razón a que fue calificado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, con un 55,25% de pérdida de capacidad laboral con fecha de estructuración 18 de octubre de 2017.

En la declaración de asegurabilidad del 27 de marzo de 2016 el señor José Humberto García Ospina, en términos generales indicó que se encontraba en buen estado de salud señalando únicamente el ítem que hacía referencia a si padecía o había padecido de hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía de forma positiva. Caso contrario ocurrió en la declaración de asegurabilidad del día 19 de abril de 2016, en la que suscribió que no padecía ninguna de las enfermedades allí contenidas, inclusive señaló como negativo el ítem relacionado con patologías de hipertensión arterial, enfermedad coronaria, valvulopatía.

Sin embargo, al hacer una revisión de historia clínica y de los conceptos médicos que hacen parte del dictamen de calificación de invalidez emitido por la Junta Nacional de Invalidez se evidenció que el señor José Humberto García Ospina padece una serie de patologías fechadas con antelación a la entrada en vigencia de las pólizas de los seguros.

Por lo que dentro del término oportuno, el día 13 de noviembre de 2018 Allianz Seguros de Vida S.A envió una comunicación al señor José Humberto García Ospina y al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria BBVA mediante la cual objetaba la reclamación de pago de incapacidad total y permanente por reticencia –circunstancia que vició de nulidad

relativa los citados contratos-, al no declarar las enfermedades que padecía con anterioridad a marzo de 2016.

Finalmente, el día 09 de abril de 2019 se llevó a cabo audiencia de conciliación prejudicial entre las partes ante la Notaría Primera del Círculo de Manizales, Caldas.

I.2. TRÁMITE DE LA PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue presentada el 6 de agosto de 2019, habiéndole correspondido por reparto al Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, el que, previa inadmisión mediante providencia calendada agosto 14 de 2019 (folio 108), en auto del 26 de agosto de 2019 – folio 124- admitió la demanda ordenando correr su traslado junto con la corrección y anexos, así como surtir la notificación e imprimirle el trámite verbal consagrado en los artículos 368 al 373 del Código General del Proceso.

Para su notificación se remitió aviso notificatorio al señor José Humberto García Ospina el 27 de septiembre de 2019 – folio 131-, habiéndose retirado la demanda y sus anexos el 4 de octubre de 2019 y mediante vocero judicial procede a contestar la demanda el 6 de noviembre de 2019, admitiendo parcialmente algunos hechos (1,2,4,8,9,12 y 13); admitiendo algunos supuestos fácticos (3,5,6,7,11 y 17); negando los demás (10, 14, 15 y 16); se opuso a las pretensiones de la parte actora; así mismo, planteó las excepciones de mérito que denominó:

1. “OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DEBEN ASUMIRSE Y PAGARSE POR PARTE DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A – SE ACREDITÓ SINIESTRO DEL RIESGO ASEGURADO”; 2. “BUENA FE” y 3.- EXCEPCIÓN GENÉRICA”.

Coetáneamente y en cuaderno separado, según lo dispone el artículo 371 del Código General del Proceso interpuso demanda de reconvención, por lo que mediante auto del 07 de noviembre de 2019 la juzgadora de primera instancia dispuso a incorporar la contestación de la demanda al expediente y darle tramite una vez se surtiera el traslado de la demanda de reconvención de responsabilidad civil contractual. El escrito de demanda en reconvención se fundamentó en los supuestos fácticos que a continuación se compendian:

“Que el señor José Humberto García Ospina fue tomador o asegurador de las pólizas de seguros de vida “Allianz Vida, modalidad deudores” No. 021903921-0 el 14 de marzo de 2016 y No. 021909257-0 el 24 de mayo de 2016 expedidas por Allianz Seguros de Vida S.A, en ellas fungía como beneficiario el Banco BBVA Colombia S.A, los amparos correspondían a fallecimiento e incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente, y los valores asegurados fueron $170.000.000 y $60.000.000 respectivamente.

En relación a la omisión del diagnóstico de HTA del señor José Humberto García Ospina en una de las solicitudes de la póliza, informó que posteriormente se subsanó de manera expresa por parte de la compañía aseguradora imponiendo el pago de una prima adicional o extra prima, en concordancia con el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

El 20 de septiembre de 2018, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez determinó como pérdida la capacidad laboral el 55.25% con fecha de estructuración el 18 de octubre de 2018, razón por la cual, el señor José Humberto García Ospina elevó la reclamación ante Allianz Seguros de Vida S.A quienes negaron y objetaron la solicitud indicando que el asegurado no declaró la existencia de antecedentes de otro tipo de patologías.

El 05 de noviembre de 2019, el actor interpuso derecho de petición ante el Banco BBVA solicitando información con relación a la adquisición de unas tarjetas de crédito que a la fecha de la interposición de la demanda no había sido contestado.

En último lugar, manifestó que la Notaría Primera del Circuito de Manizales, Caldas declaró fallida la audiencia de conciliación celebrada el 09 de abril de 2019 entre el señor José Humberto García Ospina y Allianz Seguros de Vida S.A.

Con fundamento en los hechos antes referenciados solicitó declarar que la sociedad comercial Allianz Seguros de Vida S.A incumplió los contratos de seguros de pólizas de vida referenciados, así como condenar al pago de (i) los montos de los valores asegurados y (ii) las costas del proceso.

El Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, Caldas- en auto fechado del 07 de noviembre de 2019 – folio 65 -admitió la demanda de reconvención - Verbal de Responsabilidad Civil Contractual y ordenó la notificación de la misma en la forma indicada en el inciso 2° del artículo 371 del Código General del Proceso, en concordancia con el canon 91 del mismo ordenamiento.

El 10 de diciembre de 2019, el procurador judicial de Allianz Seguros de Vida S.A allegó contestación manifestando que los hechos 1 al 12 eran ciertos, el hecho 13 no era cierto, los hechos 14 al 17 no le constaba y que el 18 no era un hecho; después de oponerse a la totalidad de las pretensiones, propuso las excepciones denominadas *"FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA",* LA *"INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN CONTRACTUAL A CARGO DE LA COMPAÑÍA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A"*, LA *"NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD POR PARTE DEL ASEGURADO"*, LA *"INEXISTENCIA DEL AMPARO O COBERTURA COMO CONSECUENCIA DE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO"*, LA *"INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR SUMA ALGUNA DE DINERO A CARGO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A Y A FAVOR DEL ASEGURADO"*, LA *"ECUMÉNICA".*

Posteriormente, diciembre 11 de 2019, el abogado del demandante en reconvención reformó esa demanda en relación con las pretensiones y los medios probatorios aportados y solicitados; la que fue admitida el 20 de enero del 2020- folio 291 y contestada -folio 294- en los mismos términos de la respuesta de la demanda original proponiéndose los mismos medios de defensa.

En el término del traslado de las excepciones de mérito del proceso principal, el apoderado de Allianz Seguros de Vida S.A no emitió pronunciamiento alguno; por su parte el apoderado del señor José Humberto García Ospina en escrito arrimado el 20 de febrero de 2020 se pronunció con relación a las excepciones de mérito propuestas en la demanda de reconvención.

Durante el decurso del proceso verbal el vocero judicial del actor informó sobre la muerte del señor José Humberto García Ospina, por lo que el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, Caldas en concordancia con el artículo 68 del Código General del Proceso, en providencia calendada agosto 21 de 2020, tuvo como sucesoras

procesales del demandado principal y demandante en reconvención a las señoras Omaira Idárraga de García, Francy Lili García Idárraga, Bibiana Anyely García Idárraga y Yulied Paola García Idárraga, con quienes continuó el trámite.

Para el 16 de abril de 2020 se fijó la celebración de la audiencia prevista en el artículo 372 del Código General del Proceso; empero fue reprogramada para el día 01 de octubre de 2020, en virtud a la suspensión de términos ordenada con ocasión de la emergencia sanitaria por el Covid-19 y cuando se celebró agotándose sin éxito la conciliación judicial, se escucharon los interrogatorios de parte de la demandante y los demandados presentes, se fijó el litigio, finalmente se decretaron las pruebas pertinentes y se fijó como fecha para la audiencia de instrucción y juzgamiento del artículo 373 del Código General del Proceso el 26 de noviembre de 2020, en esta última diligencia se escuchó al perito Jaime Alberto Novoa Arias; así mismo, el vocero judicial de la parte demandada desistió de la prueba testimonial; posteriormente finalizada la etapa probatoria se escucharon los alegatos de conclusión y se profirió sentencia que finiquito el asunto.

I.3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El juzgado *a quo* (i) encontró acreditada la excepción de mérito propuesta por el demandado en la demanda principal "obligaciones derivadas de la pólizas de seguros deben asumirse y pagarse por parte de Allianz Seguros S.A – Se acreditó siniestro del riesgo asegurado", en consecuencia negó las pretensiones de la demanda principal, (ii) declaró no probadas las excepciones de mérito propuestos por la demanda en reconvención, (iii) ordenó a la sociedad demandada en reconvención pagar a favor del Banco BBVA el saldo pendiente sobre los crédito respaldados con las pólizas No. 021903921-0 y 021909257-0 y el saldo restante a favor de la señora Omaira Idárraga de García, finalmente (iv) condenó en costas a Allianz Seguros de Vida S.A según lo contemplado en el artículo 366 del Código General del Proceso.

Para arribar a tal decisión la Juez de instancia, apoyándose en diferentes jurisprudencias sostuvo que, cuando la Aseguradora alega reticencia tiene la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones y debe ordenar los exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar en forma real la situación de la salud del tomador; y, en caso de que no se practiquen los

exámenes médicos, tiene la obligación de probar la mala fe del tomador, so pena de que no pueda eximirse de reconocer y pagar el siniestro. Que en este evento, la aseguradora no demostró que cuando el señor José Humberto García firmó la declaración de asegurabilidad, en abril de 2016, a él le hubieran diagnosticado previamente artrosis y que el hecho de asistir a controles médicos no es indicativo de que es una persona enferma. El demandado principal no tenía por qué declarar que padecía de una enfermedad que no le había sido diagnosticada, se le había descartado compromiso coronario y el problema de las venas varicosas de los miembros inferiores es diferente del compromiso vascular que le fue encontrado por la "Junta de Calificación de Invalidez".

En cuanto a los pedimentos de la demanda de reconvención, esta tiene fundamento sólido en el hecho de que la objeción puesta de presente por la aseguradora para evadir el pago de la indemnización no es de recibo, toda vez que los deterioros de la salud se dieron con posterioridad a la suscripción del contrato y al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad; tanto es así, que la estructuración de la incapacidad permanente, se presentó casi un año y medio después de que se habían suscrito los contratos.

I.4. IMPUGNACIÓN DE LA SENTENCIA

Inconforme con la decisión emitida, la parte demandante interpuso recurso de alzada señalando los reparos concretos frente a la misma que se pueden sintetizar en su inconformidad con el informe pericial, por cuanto el dictamen solamente hace mención a algunas de las atenciones médicas que se le brindara al señor José Humberto García; en otras palabras el análisis de la historia clínica fue solo parcial. De la historia clínica se deriva que ese señor tenía una serie de problemas cardiovasculares, en la próstata, en los miembros inferiores, en la rodilla, antecedentes que derivaron en un momento en la pérdida de la capacidad laboral y en la estructuración de la invalidez; aunado a que el accionante no obró de buena fe cuando suscribió el contrato de seguro y omitió información al respecto.

La juez de instancia concedió el recurso en efecto suspensivo.

I.5. TRÁMITE DE LA SEGUNDA INSTANCIA

Arribado a esta Colegiatura, de acuerdo con el Decreto 806 de junio 4 de 2020, mediante auto del 11 de diciembre de 2020 se admitió el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en el efecto suspensivo, y se corrió traslado a las partes para sustentar el recurso interpuesto[1].

En escrito de sustentación del recurso el vocero judicial de la activa principal se lamenta porque la Juez A quo solo tomó como única prueba el dictamen pericial del médico Jaime Alberto Novoa, el mismo que ataca porque solo hace un estudio parcial de la historia clínica de "Cosmitet Ltda", sin que en parte alguna se mencionen, para su análisis, los dictámenes de pérdida de capacidad del señor García, elaborados por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez, en los cuales se menciona de manera clara y precisa las diversas alteraciones del estado de salud del demandado anteriores al 2016 y más concretamente, a las atenciones recibidas el 8 de octubre cuyo motivo de consulta fue "control de dislipidemia", "hiperlipidemia mixta"; de febrero 22 de 2013 con diagnóstico de ingreso fue "obesidad debido a exceso de caloría, osteo cardiopatía no especificada", en marzo 12 de 2013 diagnóstico de ingreso "dolor precordial"; que se omitió por el tomador haber padecido: obesidad, dislipidemia o hiperlipidemia (alteración de los lípidos en sangre o elevación de los lípidos en sangre), hiperplasia prostática benigna (crecimiento anormal de la glándula prostática), enfermedad coronaria isquémica transitoria, insuficiencia venosa periférica safena, hipertensión arterial (se declara en el primer contrato pero en el segundo se niega), artrosis, reflujo gastroesofágico; todos ellos registrados con antelación a los meses de marzo y abril de 2016.

Finalmente, el representante legal de la parte demandada y demandante en reconvención pidió ratificación de la decisión, por considerar que contrario a lo manifestado por la parte demandante existieron otros medios de prueba debidamente decretados y practicados, tales como las pruebas documentales, interrogatorios de parte y prueba indiciaria. Agregó que *"los diagnósticos de ingreso o diagnósticos de impresión idx"* son simples sospechas y no enfermedades confirmadas mediante diagnóstico nuevo o confirmado; el doctor Jaime Alberto Novoa, tanto en su informe escrito como en la sustentación en la audiencia si analizó las consideraciones emitidas

---

[1] *Archivo digital 004, carpeta de segunda instancia.*

en los dictámenes médicos de la Junta Nacional y Regional de Calificación de Invalidez como se demuestra en el minuto 52:25 de la audiencia del 26 de noviembre de 2020; que el experto sostuvo que el aneurisma aorta abdominal y cáncer prostático que conllevaron a la incapacidad total según la Junta Nacional de Calificación de Invalidez fueron posteriores a agosto de 2016; cuando Allianz Seguros de Vida S.A objetó la reclamación efectuada por el señor José Humberto García Ospina únicamente lo hizo en relación al ocultamiento de información respecto de *"isquemia miocárdica, venas varicosas de los miembros inferiores y artrosis";* adicionalmente agrega que la aseguradora alegó supuestos antecedentes patológicos como causales de reticencia que no fueron acreditados científicamente en el expediente y la fecha de estructuración de las patologías fue el 18 de octubre de 2017 según el dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, es decir, en vigencia de las pólizas de seguros de vida; además que no se acreditó la existencia de enfermedades preexistentes debidamente diagnosticadas y padecidas por el señor José Humberto García Ospina antes del mes de marzo del año 2016, diferente a la hipertensión arterial (HTA); y de así haber sido Allianz Seguros de Vida S.A no probó la mala fe; es decir, no se acreditó la reticencia alegada por la compañía aseguradora, ni en su aspecto objetivo (preexistencia médica), ni en su aspecto subjetivo (mala fe del tomador de ocultar información), puesto que el señor José Humberto García Ospina al momento de tomar las pólizas objeto de esta controversia gozaba de buena salud; por último, el doctor Jaime Alberto Novoa Arias, es un profesional y magister en el área de la salud con vasta experiencia que lo acredita como una persona idónea para rendir sus experticias en los diferentes procesos judiciales que sirvan de base a los operadores judiciales para adoptar las decisiones de mérito que en derecho correspondan.

II. CONSIDERACIONES

II.1. DE LOS PRESUPUESTOS PROCESALES

Una vez realizado el obligatorio control de legalidad, este Despacho observa que en el asunto sometido a consideración de esta Colegiatura concurren los presupuestos procesales, indispensables para la constitución regular de la relación jurídico procesal; igualmente que no se encontraron irregularidades o anomalías que pudiesen afectar

de nulidad las actuaciones surtidas hasta la presente fecha y que impidiesen decidir el fondo de la presente controversia.

II.2. PROBLEMA JURÍDICO

Consiste en determinar, dentro de los límites del recurso de apelación, si el señor JOSÉ HUMBERTO GARCÍA OSPINA omitió con mala intención informar sobre su real estado de salud al momento de contratar los seguros; adicionalmente si los reproches a la experticia, formulados por la actora principal tienen fundamento científico y jurídico.

Para comenzar, rememoremos que el argumento toral del recurrente, vocero judicial de la parte demandante principal, consiste en que la Juez A quo, para proferir su decisión se fundamentó en la experticia rendida por el médico Jaime Alberto Novoa, dictamen que, a su juicio, luce incompleto al no analizar las atenciones médicas recibidas por el asegurado con anterioridad al momento en que rindió las declaraciones de asegurabilidad; enrostrándole al experto, entre otros errores, el no haber tenido en cuenta los dictámenes de pérdida de capacidad elaborados por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de invalidez, actuaciones que eran significativas para acreditar la mala fe del tomador .

Como portal indiquemos que la razón de ser de la prueba pericial, según los lineamientos del artículo 226 del Código General del Proceso, es de servir de apoyo en asuntos que interesen dentro de la controversia y que requieran de especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos, de los cuales carecen quienes administran justicia.

Esa misma razón impulsó al legislador colombiano a señalar, en el inciso primero del artículo 228 del Código General del Proceso que: ***"***La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá ***solicitar la comparecencia del perito a la audiencia o aportar otro, o realizar ambas actuaciones (…)".***

Es que cuando se requieren profundos conocimientos científicos sobre un área de saber determinada, es esencial que, si se trata de rebatir esos conocimientos -que ignora quien los rebate-, se haga apoyándose en otra persona que tenga igual o superiores saberes de quien ha rendido ese primer dictamen, sobre el asunto que se

está discutiendo; por lo mismo, quien pretenda controvertir o contradecir una experticia no puede limitarse a sembrar dudas o a exponer una interpretación particular, por respetable y plausible que ella pueda ser; ni a señalar debilidades del dictamen dándoles una dimensión o relevancia exagerada, menos en materias que demandan sólidas bases científicas y racionales, como ocurre en la presente controversia[2].

Con lo anterior no se está indicando que el Juez no deba valorar este tipo de pruebas; al contrario, la actividad del juez frente a esta prueba- como frente a todos aquellos medios suasorios aportados-debe de ser dinámica, acuciosa, activa; lo que se quiere decir es que, para una correcta interpretación del dictamen, se hace necesario que en dicho laborío se tengan todos los elementos de juicio que resulten indispensables, en especial el aporte de quienes poseen, al menos, idénticos conocimientos científicos de los expuestos por el perito en relación con el asunto que es materia de controversia.

Así entonces, existiendo varios conceptos de personas expertas el Juez tiene la posibilidad de hacer un análisis comparativo entre las experticias y elegir la que le ofrezca mayor poder de convicción, teniendo en cuenta la claridad, solidez, ilación lógica entre los fundamentos del dictamen y su conclusión o resultado; o, llegado el caso, ordenar de oficio, la práctica de un tercer dictamen.

Descendiendo al asunto que atrae la atención de este Colegiado encontramos que dentro del acervo probatorio recaudado solo existe el dictamen rendido por el médico Jaime Alberto Novoa, prueba en la que se apoyó la decisión de primera instancia.

Siguiendo aquellos lineamientos, corresponde a esta Sala entrar a valorar el peritazgo oportunamente acompañado al expediente y el cual fue sustentado en la audiencia que se realizó con tal finalidad, comenzando por las calidades personales, académicas y profesionales de quien lo rinde y en este primer ítem, de acuerdo con los documentos allegados con la experticia, encontramos que el autor del dictamen es un médico con vastos conocimientos del asunto sobre el cual rinde su experticia, lo que lo

[2] CONSULTAR, ENTRE OTRAS, LA SENTENCIAS SC-5186-2020 DE DICIEMBRE 18 DE 2020, M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

hace una persona idónea para conceptuar acerca la materia que es objeto de estudio; al analizar la experticia siguiendo las reglas de la sana crítica, observamos que sus conceptos son precisos, claros, sólidos y bien fundamentados; sus conclusiones no contrarían normas generales de la experiencia, ni reglas elementales de la lógica, como pasaremos a detallarlo a continuación.

A manera de pródromo indiquemos que, contrario de lo sostenido por el recurrente, el experto sí hace referencia y análisis tanto a las consultas médicas practicadas con anterioridad a la celebración de los contratos de aseguramiento, como a los dictámenes de pérdida de capacidad elaborados por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez; veamos:

En la audiencia de contradicción del dictamen, el procurador judicial de la parte actora principal interroga al experto en los siguientes términos:

- *"(…) En el dictamen pericial el doctor Novoa no hace relación a varias atenciones médicas que se le presentaron al señor José Humberto García, por eso le pregunto que la que yo tengo aquí, historia clínica de Cosmitet, fecha de ingreso 8/10/2012 y si usted observa el dictamen pericial señora juez esa atención médica no está dentro del dictamen, lo mismo que la del 22 de febrero de 2013, lo mismo que la del 12 de marzo de 2013, lo mismo que la del 23 de diciembre de 2013, esas cuatro atenciones médicas no aparecen analizadas en el dictamen pericial y el señor perito, el doctor Jaime, acaba de manifestar en diversas oportunidades que el hizo una, dice el dictamen actual está basado en el análisis exhaustivo, preciso y detallado de la historia clínica del paciente José Humberto García, yo pregunto ¿por qué doctor Jaime dentro de ese dictamen que usted presentó no se encuentran relacionadas y que son clave para el análisis en este caso, esas cuatro atenciones médicas?.*

El médico que funge como perito dentro del proceso le contestó de la siguiente manera:

- *"(…) yo tengo la historia clínica del paciente a partir del 2013-03-09, un dictamen pericial médico no debe ser y no se constituye en un resumen o una compilación absoluta de la historia clínica, el dictamen pericial se basó en el análisis de los expedientes aportados de la historia clínica, aportados al caso particular y en especial énfasis, las atenciones médicas que estuvieron próximas, incluso desde el 2013 comencé a hacer el análisis que son las fechas que tengo aquí, se hizo el análisis precisamente previo a la fecha de la firma del contrato de aseguramiento para evidenciar que el paciente incluso antes de esa fecha, antes del seguro de la afiliación a la póliza del seguro ya se había descartado ese compromiso coronario, no veo en que se basa usted para decir que esas evoluciones son cruciales en el proceso si*

usted no es perito médico, si usted no tiene esa connotación para decir que son fundamentales en mi análisis pericial (...)".

Teniendo en cuenta la anterior respuesta, agregaría este Colegiado que el cuerpo humano es una máquina que, como todas, puede presentar averías, aún desde su fabricación "defectos de fábrica", diría el comerciante, "enfermedades congénitas", afirmaría el médico; y, si se hila un poco más delgado, el señor García Ospina en su infancia pudo sufrir de "paperas", "sarampión" y quién sabe cuántas otras enfermedades, que no aparecerían reportadas en la historia clínica; entonces, como lo asevera el perito, no se trata la experticia de hacer una recopilación de las enfermedades que ha sufrido el paciente.

Y respecto de los dictámenes de pérdida de capacidad elaborados por las "Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez", sostuvo lo siguiente:

- *"(…) ya posteriormente cuando la junta nacional e incluso la junta regional de calificación, que tengo aquí el dictamen, ya en el 2017 y posterior al hallazgo del aneurisma sacular de aorta abdominal, que los diagnósticos que tuvieron en cuenta para la valoración y para la definición de la incapacidad del paciente fue la enfermedad vascular periférica de miembros inferiores, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cardio vascular hipertensiva, deficiencia de columna lumbar por enfermedad degenerativa, y enfermedad de la próstata, esos fueron todos los diagnósticos que condujeron a que la junta nacional de calificación estableciera un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 55.25 que fue debidamente estructurada el 18 de octubre de 2017(…)"*

Ergo, el experto sí analizó y consideró los fundamentos y las enfermedades reportadas en los dictámenes elaborados por aquellas entidades.

La Sala estima que las experticias deben ser analizadas integralmente y en forma sistemática, so pena de descontextualizar tanto sus fundamentos como sus conclusiones; y, en esa línea, podemos deducir que el galeno nunca desconoció la existencia de algunas afectaciones de la salud del señor García Ospina ocurridas con anterioridad a la celebración de los contratos de seguros [así se demuestra con la versión dada por el experto y que esta Sala subraya en el párrafo siguiente], lo que la experticia resalta es que la sintomatología de esas afectaciones, que motivaron las consultas en aquellas calendas, eran leves, que no requirieron de manejos galénicos intensos e importantes; así se expresó el médico:

- *"(…) si, efectivamente le estaba haciendo la corrección que cuando usted hizo mención del tema de la próstata, que fue diagnosticado muy posterior a la firma del contrato de aseguramiento, que fue un hallazgo también incidental, ese no es una enfermedad leve, obviamente, porque condujo a un diagnóstico de cáncer de próstata, pero la hipertensión arterial que fue la reportada por el paciente, era una hipertensión arterial esencial leve, adecuadamente manejada, la insuficiencia venosa, era una insuficiencia de vena superficial, sin compromiso de las venas profundas, también diagnosticada como leve, que no condujo a ningún manejo por parte del cirujano vascular y el compromiso del dolor de miembros inferiores que fue incluso y se puede constatar en la historia clínica como un dolor de origen sinovial que se dio con el manejo de anti inflamatorio, con relación a esas tres patologías es que yo menciono que fueron leves, que no fueron incapacitantes en su momento, pero que posteriormente con la progresión natural de la enfermedad, obviamente condujeron a que se estructurara su incapacidad (…)".* (Las subrayas son nuestras).

En otro aparte de la declaración concretándose a esas patologías, manifestó:

- *"(…) Él consultó por síntomas leves relacionados con dolor articular de rodilla, dolor en miembros inferiores que fueron interpretados, inicialmente como trastornos específicos de la sinovia, bursitis y, posteriormente, se le denominó artrosis leve incipiente que únicamente requirió un manejo analgésico y medidas no farmacológicas generales como bajar de peso y terapia física; por los hallazgos físicos y radiológicos, se puede concluir, sin ninguna duda que se trata de un cuadro leve que no incapacitó al paciente en su momento, que no generó ningún grado de compromiso funcional (…)"*

Por supuesto que, en principio, la levedad o gravedad de la enfermedad es intranscendente para la acreditación de la existencia de la anomalía, pero sí es determinante para efectos de calificar si el tomador del seguro calló maliciosamente esas enfermedades, o si simple y llanamente desconocía su existencia.

Para una mayor comprensión de lo que se acaba de afirmar, es necesario recordar, apoyándonos en reglas de la experiencia, para empezar, que existen algunas enfermedades cuya sintomatología o signos de alarma son similares, cuando no idénticos; verbo y gracia, fiebre, dolores de cabeza, vómito, diarrea etc., cuando esto ocurre, solo una persona con conocimientos de los secretos de la ciencia médica; luego de practicar algunos exámenes de laboratorios, clínicos y físicos, podrá entonces distinguir y particularizar la enfermedad; y aún con esos conocimientos han existido casos de diagnósticos equivocados; adicional a eso, hay enfermedades que se exteriorizan o manifiestan inmediatamente, pero existen otras que no lo hacen de ese

modo, que permanecen ocultas, latentes y solo con el transcurrir de los años se visualizan; agreguemos además que, los profesionales de la medicina, como ocurre con profesionales de otras áreas del saber, utilizan una terminología y un argot propio de su ciencia y que plasman en las historias clínicas pero que es entendible solo entre ellos, sin que sus pacientes se den por enterados, en casos leves, de que sufren una determinada dolencia; así por ejemplo, si el médico tratante le informa a su paciente que tiene dislipidemia o hiperlipidemia, no está, quien la sufre, en capacidad de entender y dimensionar qué enfermedad es la que está sufriendo y cuáles serían las consecuencias de estos padecimientos.

Sobre estos aspectos sostuvo el médico:

- *"(…) si claro, el paciente era hipertenso, yo por eso hice mención que era un paciente muy juicioso con los controles, que se tomaba los medicamentos, que tenía una hipertensión controlada, pero ubiquémoslo en el contexto de un hombre tendero de 68 años que no tiene por qué saber digamos toda esa, si para ustedes es complicado digamos el tema de un cardiograma con isonitrilos, el paciente lógicamente tenía el concepto de que era hipertenso y no más, para mí el paciente era lo único que sabía, que era hipertenso básicamente(….).*

Ergo, si reunimos todas las anteriores consideraciones y agregamos que después de la consulta se le formula al paciente analgésicos y terapía física, sin que se ordene tratamientos de consideración o intervenciones quirúrgicas, obvio que ese paciente se va a tranquilizar por su estado de salud; por eso mismo, debemos concluir, como lo hizo el experto, que el señor García Ospina se consideraba una persona relativamente sana; esa misma era la percepción de su familia; por tal motivo, la falta de información no obedeció a una conducta dolosa y mal intencionada del asegurado pues siempre estimó que no existían signos alarmantes de una enfermedad incapacitante.

Como lo ha sostenido la Honorable Corte Constitucional, la sola discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y la historia clínica del asegurado, per se, no constituye reticencia, así se manifestó aquel Alto Tribunal:

- *"(…) la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado, no implica la configuración de la" reticencia" y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora: (i) demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del*

asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; (ii) haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron; esto es, si abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia; y, (iii) demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado(…)"[3]

La Aseguradora no solo no logró demostrar el elemento subjetivo de la reticencia; esto es, la conducta dolosa y mal intencionada del señor García Ospina tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión; sino que tampoco pudo acreditar que la Aseguradora hubiere desplegado las actuaciones necesarias para verificar el real estado de salud del asegurado, tal como lo manifestó la representante legal de la sociedad demandante principal en la audiencia celebrada el jueves 1° de octubre de 2020, cuya intervención inicia a los 18 minutos y 26 segundos del CD y en donde, de manera categórica sostiene al responder a la preguntada formulada por la Juez A quo sobre si

- *"¿La Compañía mandó a hacerle chequeo médico, le hicieron exámenes diagnósticos? CONTESTÓ: No se hicieron nada porque no estamos obligados a saberlo, no hicimos nada diferente a asumir que nos estaba diciendo la verdad (…)".*

En la mayoría de los casos, en tratándose de seguros de vida grupo deudores, como es el caso que ahora nos atrae, las aseguradoras, en general, no confirman el estado de salud declarado por el tomador-asegurado y por costumbre se limitan a hacer llenar un formulario o cuestionario con preguntas muy genéricas, y adoptan una conducta asaz pasiva amparándose en que el tomador, como lo exige el artículo 1058 del Código de Comercio, está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado de riesgo; olvidándose que en ocasiones – como ocurre en esta controversia- se omite reportar alguna afectación médica, no con la intención de ocultarla, sino por desconocimiento de su existencia.

[3] Corte Constitucional, sentencia T-061 de febrero 18 de 2020; Expediente T-7.279.118. M.P. Alberto Rojas Ríos.

Es tan evidente la conducta pasiva y hasta negligente de la Aseguradora que ahora interviene como demandante principal, que al tomar el primer seguro el señor José Humberto García reportó que sufría hipertensión, información que fue omitida cuando contrató el segundo seguro, la Compañía ni se dio por enterada, muy a pesar que entre una y otro había transcurrido un corto lapso y solo hizo valer la extra prima en los dos seguros, cuando el tomador de buena fe nuevamente la informó; y no obstante que esta enfermedad se encuentra extra primada en los dos seguros (como lo reconoce la representante legal de la sociedad Aseguradora), la compañía siguió insistiendo, hasta muy adentrado el trámite del proceso, que el tomador había ocultado la hipertensión.

Al estudiar el contrato de seguro aportado, se observa- en su CAPITULO IV referente a "CUESTIONES FUNDAMENTALES DE CARÁCTER LEGAL"- visible a folio 40, que " *La edad máxima de permanencia del amparo de incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente es al final de la vigencia de la póliza en la que EL ASEGURADO cumpla 75 años de edad".*

Si el contrato de seguro perdía su vigencia en el momento en que el asegurado cumpliera los 75 años y el señor JOSÉ HUMBERTO GARCÍA OSPINA estaba próximo a ingresar a la séptima década- al momento de la celebración de los contratos- período en que el cuerpo humano, por lo general, empieza su decadencia y degradación, no es entendible, ni comprensible el que la Compañía Aseguradora no hubiese ordenado confirmar el verdadero estado de salud del tomador, ordenándole la realización de exámenes médicos; la actividad profesional de la aseguradora, su responsabilidad y la prudencia así lo exigían.

Cuando el canon 1058 del estatuto mercantil reclama lealtad y buena fe, este postulado es de doble vía- las exige tanto al tomador del seguro como a la aseguradora; de tal forma, entonces, que el asegurador no puede asumir una posición tan cómoda de dejar a la sola voluntad del asegurado las manifestaciones y pruebas para la determinación del estado de su salud.

Pero el colmo de la pigricia demostrada por la sociedad ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se refleja en el hecho de que las pólizas de los seguros fueron expedidas antes de que el asegurado hubiese elaborado y suscrito las solicitudes de seguro de vida;

situación esta que, no solo es confesada por la representante legal de dicha compañía, versión audible y visible – a partir del minuto 18-26" del CD que corresponde a la audiencia celebrada el 1° de octubre de 2020-; también es aceptada por el vocero judicial de la misma sociedad y constatada con los documentos aportados.

El procurador judicial de la Compañía Aseguradora trata de minimizar esta actitud aseverando que no tiene ninguna incidencia en la validez de los contratos, en lo que, sin lugar a duda tiene toda la razón; pero esa posición si conlleva consecuencias, como la de que la Aseguradora estaría asumiendo tácitamente todos los riesgos; según lo sostuvo la Honorable Corte Suprema de Justicia, cuando indicó:

- *"(…) Ahora, es posible la contratación sin ninguna información sobre el estado de riesgo, porque no hubo declaración alguna, ni tampoco inspección, caso en el cual debe entenderse la manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. En otras palabras, en tal evento no se puede predicar nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud, ni tampoco es posible la reducción de la prestación a cargo del asegurador (…)".*[4] (El subrayado es de la Sala).

Sintetizando, a juicio de esta Corporación la sociedad ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. no logró acreditar, siendo su obligación, ni la mala fe en la conducta del señor JOSÉ HUMBERTO GARCÍA OSPINA, ni que hubiese desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, razón por la cual habrá de confirmarse la decisión adoptada por la Juez de primer nivel respecto de la demanda principal.

Con relación a la demanda de reconvención, empecemos diciendo que fueron aportados contratos de seguros en los cuales – en el acápite "RIESGOS AMPARADOS"- (folio 20) se lee" *(…) La Compañía indemnizará el valor asegurado cuando, dentro de la vigencia de la póliza, al asegurado le haya diagnosticado una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una invalidez total y permanente.*

[4] CONSULTAR SENTENCIA CSJ. CAS., CIVIL, SENT. DE MAYO 19 DE 1999, EXP. 4923 MP. JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ GÓMEZ.

Para todos los efectos de este amparo se considera como incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente:

1. *La invalidez total causada por enfermedad o accidente que impida a la persona asegurada de manera total y continua, desempeñar su ocupación, o cualquiera otra apropiada a su nivel educativo, experiencia y entrenamiento alcanzados, siempre y cuando se cumplan las siguientes circunstancias:*
   a. *Que la incapacidad sea permanente, esto es, que haya existido por un período no menor a ciento veinte días (120) contados a partir de la fecha de estructuración de la incapacidad.*
   b. *Que la disminución de la capacidad laboral sea superior al 50%*
   c. *Que sea consecuencia directa de un accidente, enfermedad o lesiones ocurridos después de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo*
   d. *Que no haya sido provocada por el asegurado*
   e. *Que sea consecuencia directa de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida de esta póliza.*

El porcentaje indicado en el numeral 2 será validado, en primera instancia por un médico o una institución, nombrados por la Compañía. En segunda y última instancia dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional, Nacional de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la reclamación (…)"

A folio 70 se observa el "DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL", rendida por "LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ", con fecha septiembre 20 de 2018, que revisa el dictamen N° 011871-2018 realizado por la Junta Regional de Caldas el día 13 de marzo de 2018 y en donde se estableció una incapacidad permanente y total equivalente al 55.25% con fecha de estructuración octubre 18 de 2017.

Al analizar la documentación aportada se pudo constatar la ocurrencia del riesgo amparado dentro del término de vigencia de los contratos, que la reclamación fue elevada oportunamente y que las objeciones realizadas – según lo aseverado precedentemente-no tuvieron vocación de prosperidad; razón por la cual la decisión

adoptada por la Juez Primero Civil del Circuito de Manizales, a juicio de esta Sala fue acertada.

II- 3 CONCLUSIÓN.

Corolario de lo que se ha venido exponiendo resulta que la decisión recurrida deberá de ser confirmada en su integridad.

Se condenará en costas, en esta instancia, a la parte demandante principal, demandada en reconvención las que será tasadas en su oportunidad.

III- 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 26 de noviembre de 2020 por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, Caldas; dentro del proceso verbal – declaración de Nulidad Relativa de Contrato de Seguro promovido por la sociedad "Allianz Seguros de Vida S.A" contra del señor José Humberto García Ospina.

Se Condena en costas de esta instancia a la sociedad demandante principal, las que se tasarán oportunamente.

Por Secretaría **REMÍTASE** el expediente digital al juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

LOS MAGISTRADOS,

RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA
Magistrado Ponente

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO
Magistrada

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA
Magistrada

Tribunal Superior de Manizales Sala Civil Familia. Proceso verbal 17001-31-03-001-2019-00167-02

Firmado Por:

RAMON ALFREDO CORREA OSPINA
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
DESPACHO 1 SALA CIVIL-FAMILIA TRIBUNAL SUPERIOR MANIZALES

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL - TRIBUNAL DESPACHO 004 SUPERIOR SALA CIVIL FAMILIA DE LA CIUDAD DE MANIZALES-CALDAS

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO
MAGISTRADO TRIBUNAL O CONSEJO SECCIONAL
DESPACHO 8 SALA CIVIL-FAMILIA TRIBUNAL SUPERIOR MANIZALES

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
eb038dd920bb26fc56ebd5c70ec619f2f533b067f6588a5cd00a57c635c22161
Documento generado en 08/06/2021 11:09:20 AM