



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE SOLEDAD
SOLEDAD, DIECISEIS (16) DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTE (2020)

ACCIÓN DE TUTELA DE SEGUNDA INSTANCIA
RADICACIÓN: 2020-00226 (S.I. 2020-0272)
ACCIONANTE: EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA
ACCIONADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

ASUNTO A TRATAR

Procede el despacho a resolver la impugnación presentada en contra del fallo de primera instancia proferido el 27 de julio de 2020 por el JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE SOLEDAD dentro de la acción de tutela impetrada por el señor EMILDO JOSE ESTTADA SANTANA, en contra de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., con fundamento en los siguientes:

HECHOS

La parte accionante expuso, en resumen, como fundamentos fácticos de la acción de tutela los siguientes:

1) *“Celebre contrato de seguro con la aseguradora Seguros Bolívar S.A, el día 20 de Mayo de 2008, a través de Póliza de Seguro de Vida Grupo Educadores de Colombia GR-5253, con certificado individual N°. 546152.*

2) *La póliza mencionada ofrece en caso de siniestro las coberturas de: Vida, Indemnización por Muerte accidental y Beneficio por Desmembración, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves, Últimos Gastos.*

3) *El pasado 18 de Diciembre del 2019 fui calificado luego de ser valorado por varios especialistas en consecuencia de mis quebrantos de salud, se me diagnostico en estado de INVALIDEZ, para laborar, dicha valoración fue realizada por la Organización Clínica General del Norte S.A Región 6, dando cumplimiento a lo establecido al régimen de Seguridad Social al que pertenezco en calidad de docente del Magisterio y según lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decreto 1507 de 2014 Manual Único de Calificación para la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1655 de 2015, mediante el dictamen N°. SRAR-260-19 en el cual se determinó que el % de pérdida de la capacidad laboral es del 100% de PCL, con fecha de estructuración 27 de Septiembre de 2019.*

4) *En vista de lo anterior y una vez reunida la documentación solicitada por Seguros Bolívar S.A presente reclamación en el mes de enero de 2020, para que esta afectara la póliza e hiciera efectivo el pago de la póliza de seguro de vida Grupo Educadores de Colombia GR-5253 con certificado individual N°. 546152 antes mencionada, por el anexo de Incapacidad Total y Permanente así como lo establece el Artículo 1077 del Código de Comercio el cual establece “... Artículo: 1077 Carga de la Prueba. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días siguientes a la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la perdida, si fuere el caso.*



5) La aseguradora Seguros Bolívar S.A envió respuesta el día 20 de febrero de 2020 a través del comunicado GO-SV-5982132-1 dando respuesta negativa a la reclamación presentada, argumentando: "... pues bien, teniendo en cuenta la definición antes citada, es preciso mencionar que para acceder a la indemnización por incapacidad Total y Permanente, se deben cumplir todos los supuestos establecidos en el contrato, es decir, que el asegurado haya sufrido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que dichas lesiones le impidan de por vida desempeñar cualquier trabajo remunerativo y que haya tenido una incapacidad por un periodo continuo no menor de 150 días, condiciones que en el caso particular no se cumplen".

6) Una vez recibida la respuesta desfavorable u objeción procedí a presentar una nueva solicitud de estudio y/o reconsideración ante Seguros Bolívar S.A el día 25 de febrero del presente año.

7) La aseguradora Seguros Bolívar S.A, en respuesta de fecha 4 de marzo de la misma anualidad, ratifico la negación a mi reclamación.

8) En atención a lo anterior queda fácil concluir que la entidad accionada está haciendo uso de su posición dominante cuando niega la activación de la póliza de seguro por un supuesto incumplimiento de requisitos, manejando su propia definición de Incapacidad Total y Permanente, alejándose de lo dispuesto en la ley es decir, "que el asegurado haya sufrido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que dichas lesiones le impidan de por vida desempeñar cualquier trabajo remunerativo y que haya tenido una incapacidad por un periodo continuo no menor a 150 días, condiciones que en el caso particular no se cumplen" definición es contraria a lo dispuesto en el Manual Único Para la Calificación de la Perdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional DECRETO 1507 DE 2014. El cual define invalidez: Es la perdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50%) en ninguna parte indica describe lo manifestado por la aseguradora Seguros Bolívar S.A.

9) Señor Juez la razón principal por la que acudo a su despacho, no es otra que la protección constitucional de la que goza todas las personas que se encuentran en una posición desfavorable o en estado de indefensión, siendo el reconocimiento de dicha póliza reclamada necesaria para morigerar el cumulo de obligaciones que hoy tengo.

10) A manera de conclusión podemos esgrimir que la entidad accionada esta haciendo uso de su posición dominante y vulnerando los Derechos Fundamentales Constitucionales al Mínimo Vital, Salud, Debido Proceso, al no reconocer que en primera medida hoy en día no cuento con los recursos económicos necesarios para garantizar mi subsistencia.

PRETENSIONES

De conformidad con los hechos expuestos la parte accionante solicita que se ordene a la accionada a activar y hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo



educadores de Colombia GR-5253, con certificado individual N° 546152 que aseguraba la incapacidad total y permanente y se condene a la accionada conforme a lo establecido en el Art. 1080 del código de Comercio.

DE LA ACTUACIÓN

La acción de tutela fue admitida por el JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES SOLEDAD a través de auto calendarado el 13 de julio de 2020, ordenándose oficiar a la entidad accionada a fin de que rindiera informe sobre los hechos de la acción de tutela.

INFORME COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., rindió informe en los siguientes términos:

“Con el fin de dar claridad a ese Juzgado sobre la situación presentada con el Señor Emildo José Estrada, cordialmente le manifestamos:

El Señor Emildo José Estrada actualmente cuenta con el Seguro de Vida Grupo Educadores, este seguro tiene las coberturas contratadas de Vida e Incapacidad Total y Permanente con un valor asegurado de \$35.000.000 para cada cobertura.

El 17 de agosto de 2016 se recibió reclamación por el anexo de Incapacidad Total y Permanente, luego de realizar el estudio a la información aportada, con carta DNI-SV-5982132 del 13 de septiembre de 2016 se informó la objeción al pago dado que se pudo establecer que el Sr. Estrada no demostró cumplir con las condiciones del contrato para acceder a la indemnización (Anexo 1, 2 y 3). La referida solicitud de indemnización fue reiterada en el 2019 tal como narra el accionante y fue objetada con los argumentos que se dieron a la reclamación del 2016.

El anexo de incapacidad total y permanente establece:

“CONDICION PRIMERA. - DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado...”

Es importante tener en cuenta que, para acceder al pago indemnizatorio, se deben reunir todos los supuestos del anexo para obtener la indemnización como expresamente lo exige el anexo, es



decir incapacidad de 150 días y que la causa por la cual reclama le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo, cabe aclarar que en el caso en particular no se cumple con dichos criterios.

Al realizar estudio a la reclamación, se confirmó que la enfermedad por la cual reclama el Asegurado no cumple con lo establecido en la condición para el anexo de total y como se ha manifestado en anteriormente, para que haya lugar a la cobertura solicitada, se deben reunir todos los supuestos del anexo para obtener la indemnización como expresamente lo exige el anexo, es decir incapacidad de 150 días y que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo; por lo que actualmente el Asegurado no cumple con dichos criterios del contrato y no hay lugar a efectuar el pago solicitado.

El señor Estrada en dos oportunidades presento solicitud de reconsideración en las que se reiteró la objeción al pago debido a que no demostró cumplir con las condiciones del contrato. (Anexo 4, 5 y 6)

Respecto a la calificación de pérdida de capacidad laboral que menciona el Asegurado como argumento de la acción de tutela, nos permitimos aclarar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato, por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento y no tiene relación alguna con las normas de laboral y seguridad social.

Por lo anterior, es preciso aclarar que el contrato de seguro que adquirió con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., se celebró en virtud de la autonomía de la voluntad, es así como hay que resaltar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento. Así mismo es preciso resaltar que el contrato de seguro corresponde a un contrato de seguro privado regulado por el Código de Comercio, el cual es totalmente independiente de la actividad laboral que desempeña el Asegurado.

Nos encontramos frente a un contrato de seguro el cual es celebrado en virtud de la autonomía privada de la voluntad y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones del contrato y no tiene ninguna relación con las normas que regulan el sistema de seguridad social y no ha violado ningún derecho fundamental del señor Estrada.

La situación personal mencionada por la Accionante no nos consta, no tiene ninguna relación con el contrato de seguro celebrado con Seguros Bolívar.

LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS

De conformidad con lo establecido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las entidades aseguradoras, como lo es



Compañía de Seguros Bolívar S.A., se encuentran sujetas a supervisión estatal ejercida por la Superintendencia Financiera, según lo dispuesto en el artículo 326 de dicha normatividad. Su objeto social exclusivo y excluyente, de acuerdo con lo establecido en ese estatuto, es la realización de operaciones de seguros, bajo las modalidades y ramos autorizados expresamente por la Superintendencia Financiera, aparte de aquellas previstas en la ley con carácter especial.

Es importante hacer esta aclaración toda vez que la actividad que desarrolla una Compañía de Seguros no es otra que la de ejercer la actividad aseguradora, es decir, el ofrecimiento, la promoción y la celebración de contratos de seguros, en sus distintas modalidades, dependiendo del ramo de seguros que esté autorizada para ejercer.

EL CONTRATO DE SEGURO

Por vía legal y doctrinaria, el contrato de seguro se define como un contrato consensual en virtud del cual el asegurador asume, como obligación condicional y hasta una suma específica, a cambio del pago de una prima, el riesgo asegurable que le traslada el tomador cuando él o sus representantes tienen interés asegurable en dicho riesgo (Artículo 1036 del Código de Comercio).

De otra parte, por estipulación expresa del artículo 1045 ibídem, se tiene que son elementos esenciales del contrato de seguro los siguientes: El interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador. Esta misma norma dispone que en ausencia de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.

Ahora bien, el artículo 1054 del mismo ordenamiento, define el riesgo como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro.

En conclusión, el contrato de seguro está regido por las estipulaciones contractuales derivadas de la póliza y en lo no previsto en ellas por las disposiciones contenidas en la legislación mercantil, artículo 1036 y siguientes del Código de Comercio, razón por la cual el contrato de seguro se rige por las cláusulas que expresamente convienen los contratantes.

LA ACCIÓN DE TUTELA

Con base en lo anteriormente expuesto y para complementar la respuesta dirigida a ese Juzgado como consecuencia de la acción de tutela en referencia, de la manera más respetuosa a continuación nos permitimos efectuar las siguientes consideraciones jurídicas, relativas a la no procedencia de la acción de tutela para este caso en particular:

Como es de conocimiento de ese Despacho, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6° del Decreto 2591 de 1991, la acción de



tutela no es procedente cuando existen otros recursos o medios de defensa judiciales.

En este orden de ideas, el accionante cuenta con otros medios legales que sin lugar a dudas protegerían su derecho eventualmente violado, y no al mecanismo excepcional de tutela.

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 306 de 1992, reglamentario del Decreto 2591 de 1991, en su artículo 2° señala que la acción de tutela protege exclusivamente los derechos fundamentales y, por lo tanto, no puede ser utilizada para hacer respetar derechos que sólo tienen rango legal, ni para hacer cumplir las leyes, los decretos, los decretos reglamentarios o cualquiera otra norma de rango inferior (entre ellas los contratos).

Respecto de la procedencia de la tutela en caso de existir otros medios de defensa judicial, se ha pronunciado la jurisprudencia constitucional así:

“Tiene, pues, esta institución, como dos de sus caracteres distintivos esenciales (los de mayor relevancia para efectos de considerar el tema que ahora se dilucida) los de la subsidiariedad y la inmediatez; el primero por cuanto tan solo resulta procedente instaurar la acción cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, a no ser que busque evitar un perjuicio irremediable (art. 86, inc. 3, Constitución Política); el segundo, puesto que no se trata de un proceso sino de un remedio de aplicación urgente que se hace preciso administrar en guarda de la efectividad concreta y actual del derecho sujeto a violación o amenaza.”

De acuerdo con las pruebas aportadas en este oficio, claramente se evidencia que no existe ninguna vulneración por parte de esta Compañía del derecho predicado por el accionante, es así como, solicitamos la desestimación de la acción de tutela. En este sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-341-2005 de abril de 2005 estableció que la acción de tutela es desestimada “cuando no se acredita la vulneración o amenaza del derecho fundamental”, es decir, que en aquellas eventualidades en las cuales no se evidencie ninguna vulneración por la entidad accionada se debe desestimar la acción en contra de dicha entidad.

Por último, queremos manifestar a ese Despacho de la manera más respetuosa, que no se ha violado ningún derecho fundamental, ya que, hemos cumplido y estamos cumpliendo con las normas legales vigentes que regulan esta materia.

PETICIÓN

Por todo lo anterior y habiéndose demostrado que la COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. no ha incurrido en la violación de ningún derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y ha dado cumplimiento a las normas aplicables a la materia, de la manera más atenta le solicitamos declarar IMPROCEDENTE esta acción de TUTELA...”



FALLO DE PRIMERA INSTANCIA.

El JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE SOLEDAD, a través fallo calendado el 27 de julio de 2020 resolvió la solicitud de amparo de la cual se transcribe su parte resolutive:

“PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales al Debido Proceso, Mínimo Vital y vida digna de la accionante EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA, Identificado con la cedula de ciudadanía No. 8.672.862, vulnerados por la accionada COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A Identificado con el Nit 860.002.503-2 de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: ORDENAR a SEGUROS BOLIVAR S.A. por intermedio de su representante legal o quien haga sus veces, que si aún no lo ha realizado, en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, pague al señor EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 4.008.092, la Póliza de Seguros de Vida grupo Educadores de Colombia No. GR-5253 Certificado Individual No.546152 de fecha 20 de mayo de 2008, por Incapacidad Total y Permanente.” (...)

FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN

Inconforme con la decisión del a quo, la accionada presentó impugnación en los mismos términos esbozados en el informe rendido.

PROBLEMA JURÍDICO

De conformidad con lo preceptuado por el actor corresponde analizar si: ¿Es procedente la acción de tutela a fin de ordenar a la entidad accionada el pago del valor de la póliza de seguro de vida grupo educadores de Colombia GR-5253, certificado individual N° 546152 y se condene a la accionada de conformidad con lo señalado en el artículo 1080 del código de Comercio? ¿Se dan los presupuestos jurídicos- fácticos para revocar el fallo impugnado?

NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

El marco constitucional está conformado por el artículo 13, 29, 48, 49 y 86 de la Constitución Política, sus decretos reglamentarios 2591 de 1991, sentencias T-1090/07, T-786-10 T-643/14 , T-138/14, T-723/14, T-643/14, T- 245-15, T- 144- 2016, SU- 047-2017 y sentencia T- 151-2017 entre muchas otras.

CONSIDERACIONES

El Constituyente de 1991, se preocupó por constitucionalizar no sólo una completa declaración de derechos, sino por crear los mecanismos idóneos para su eficaz protección.

La acción de tutela se estableció en la Constitución Política Colombiana, como un mecanismo residual, para aquellos casos de violación de Derechos Fundamentales en los cuales la persona afectada no tuviere ningún otro mecanismo para protegerlos.



A continuación, se exponen brevemente los derechos fundamentales cuya protección invoca el accionante.

EL DERECHO A LA VIDA EN CONDICIONES DIGNAS. consagrado el artículo 11 de nuestro Estatuto Constitucional al señalarlo como un derecho inviolable, siendo este una garantía fundamental, de exigente aplicación, es el soporte sobre el cual se desarrollan los demás derechos y efectiva protección corresponde a la plena vigencia de los fines del Estado Social de Derecho, constituyendo así una responsabilidad esencia del Estado. Es obligación primaria de las autoridades la de proteger a todas las personas residentes en Colombia en sus vidas y en sus demás derechos, entre ellos el de la integridad personal, tal como lo proclama el artículo 2º de la Constitución.

EL DERECHO A LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Señalado en el Art. 49 de la Constitución Política. La salud es un derecho constitucional fundamental, no solamente, por guardar estrecha relación con los derechos a la vida, la integridad personal y la Dignidad humana, a partir de la sentencia T – 960 de 2008 la Corte Constitucional le dio ese carácter como derecho autónomo.

El reconocimiento de la salud como derecho fundamental se halla en consonancia con la evolución de su protección en el ámbito internacional.

MÍNIMO VITAL: La Corte Constitucional retomando importante jurisprudencia del Tribunal Constitucional Alemán, ha encontrado que la Constitución protege el derecho fundamental al “mínimo vital”. Este derecho se funda en el principio de solidaridad social y hace alusión a la obligación - del Estado o de un determinado particular - de satisfacer las mínimas condiciones de vida de una persona. La Corte Constitucional se ha referido al mínimo vital de diversas maneras: (1) como derecho fundamental innominado que asegura los elementos materiales mínimos para garantizar al ser humano una subsistencia digna; y (2) como el núcleo esencial de los derechos sociales – como el derecho a la pensión o al salario - cuya garantía resulta necesaria para la satisfacción de los derechos fundamentales. En este último caso, la Corte sostiene que un derecho social puede adquirir el rango de fundamental por conexidad cuando se vulnera el mínimo vital.

En cualquier caso, el mínimo vital es un derecho a la subsistencia que aun cuando no se encuentra expresamente contemplado en la Constitución, “puede deducirse de los derechos a la salud, al trabajo, y a la asistencia o a la seguridad social”. Este derecho incluye, el núcleo esencial de derechos sociales prestacionales y tiene como función lograr una igualdad material, “cuando se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de personas pertenecientes a sectores vulnerables de la población, y siempre que el Estado, pudiéndolo hacer, ha dejado de concurrir a prestar el apoyo material mínimo sin el cual la persona indefensa sucumbe ante su propia impotencia.”

La Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha señalado con relación al derecho a la seguridad social, que si bien no fue consagrado expresamente como una garantía fundamental en la Constitución, puede adquirir ese carácter cuando de acuerdo con las circunstancias particulares de cada caso, su no reconocimiento puede poner en peligro otros derechos, que sí tienen la característica de fundamentales como la



vida, la dignidad humana, el mínimo vital, las personas de la tercera edad, entre otros.

Ha dicho la Corte Constitucional que en virtud del carácter subsidiario y residual, establecido para la acción de tutela en el artículo 86 de la Constitución Política, no es el mecanismo idóneo para resolver las controversias relativas al reconocimiento o reliquidación de prestaciones sociales. Solo admite su procedencia cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, o cuando existiendo éste, se promueva como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En consecuencia de lo anterior, la regla que restringe la protección de los derechos de carácter prestacional por vía de tutela, admite excepciones y procede su reconocimiento por el juez constitucional como mecanismo transitorio, caso en el cual debe acreditarse la existencia de un perjuicio irremediable o cuando la acción judicial ordinaria resulta ineficaz para otorgar una protección inmediata, de acuerdo con las circunstancias específicas de cada caso.

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Subreglas para determinar en qué eventos el juez de tutela adquiere competencia para pronunciarse sobre relaciones contractuales en circunstancias que pueden afectar los derechos fundamentales del asegurado

La jurisprudencia reiterada de la Corte ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, (i) se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso; o (ii) también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

El contrato de seguro surge con la finalidad principal de proteger los intereses particulares contra pérdidas provenientes de imprevistos. Si bien no existe definición legal de esta figura, esta Corte retomando a su vez lo expuesto por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia entiende el contrato de seguro como aquel “en virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”.

El artículo 1036 del Código de Comercio describe las principales características del contrato de seguro como consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución



sucesiva. Las mismas han sido explicadas por esta Corporación de la siguiente forma:

“Es consensual, en la medida en que se perfecciona y nace con el sólo consentimiento, desde el momento en que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador sobre los elementos esenciales del contrato de seguros. Es bilateral, por cuanto las partes se obligan recíprocamente. Genera obligaciones para las dos partes contratantes: para el tomador, la de pagar la prima, y para el asegurador, la de asumir el riesgo y, por ende, la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona. Es oneroso porque es un contrato que reporta beneficio o utilidad para ambas partes. El gravamen a cargo del tomador es el del pago de la prima y el del asegurador es el pago de la prestación asegurada en caso de siniestro. Es aleatorio por cuanto en el contrato de seguros tanto el asegurado como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia del siniestro. Es de ejecución sucesiva, puesto que las obligaciones a cargo de los contratantes se van desarrollando continuamente hasta su terminación”.

La tipificación del contrato de seguro como un ejemplo paradigmático de un negocio de adhesión no es un tema enteramente pacífico al interior de la jurisprudencia constitucional. Mientras que una parte ha establecido de forma absoluta que se trata de un *“contrato de adhesión, porque no hay discusión sobre el clausulado y condiciones entre las partes”*, otra aproximación considera necesario examinar cada caso en particular, ya que es posible que en ocasiones ocurra una *“verdadera negociación sobre las condiciones particulares del negocio jurídico, en estos casos mal podría decirse que una de las partes se ‘adhirió’*.

En cualquier caso, la finalidad primordial de recurrir a esta denominación es la búsqueda del restablecimiento del equilibrio contractual por medio de unas reglas de interpretación favorable a la parte más débil en casos de ambigüedad o vacío. Al respecto, el Código Civil prescribe que *“las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”*.

Este ideal de protección del consumidor financiero que se encuentra en situación de indefensión, mediante reglas hermenéuticas, ha sido acogido unánimemente por la jurisprudencia nacional. Tal como lo explicó la Corte Suprema de Justicia, así:

“En consecuencia, para decirlo sin ambages, ciertas peculiaridades de los referidos contratos, relativas a la exigua participación de uno de los contratantes en la elaboración de su texto; la potestad que corresponde al empresario de imponer el contenido del negocio; 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; las circunstancias que rodean la formación del consentimiento; 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; 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)**” (Negrilla fuera del original).*

Por vía jurisprudencial se ha afirmado que este es un contrato especial de buena fe, en el que las partes se sujetan al contrato con lealtad y honestidad. En este sentido, en la sentencia T-086 de 2012, la Corte sostuvo que: *“ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.”*

De conformidad con lo anterior, el principio de la buena fe que ampara el contrato de seguro obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en él previstas.

Por lo anterior, la Corte ha establecido que si bien es cierto que sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo, también lo es que corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del mismo, es más, se determinó que si no hubo una exclusión y no hay prueba de que se haya practicado un examen de ingreso “la carga de las preexistencias está en cabeza de la entidad aseguradora o de medicina prepagada y no del asegurado, constituyéndose en un imperativo jurídico que consten en el contrato”.



Las reglas del contrato de seguro, en todo caso deben ser aplicadas a la luz de los postulados superiores, bajo el entendido de que Colombia es un Estado Social de Derecho regido por los principios de respeto a la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general, donde el ejercicio de la libertad económica y la iniciativa privada debe desarrollarse dentro de los límites del bien común, y el desarrollo de la actividad aseguradora se considera de interés público, lo cual significa que la libertad de su ejercicio está determinada y puede restringirse *“cuando están de por medio valores y principios constitucionales, así como la protección de derechos fundamentales, o consideraciones de interés general”*.

CASO CONCRETO

El caso *sub-examine*, se contrae a verificar la existencia de una vulneración de los derechos fundamentales invocados por el señor EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA, ante su inconformidad respecto a la solicitud de pago de la póliza de seguro de vida grupo educadores de Colombia GR-5253, con certificado individual N° 546152 y se condene a la accionada conforme a lo establecido en el Art. 1080 del código de Comercio.

De la revisión del plenario se encuentra acreditada la incapacidad laboral total y permanente en un 100% por padecer múltiples patologías que se encuentran reseñadas en el Dictamen Médico Laboral de Pérdida de Capacidad Laboral obrante entre folios 22 y 26 del archivo denominado *“202007091648.pdf”* obrante al expediente digital, patologías que le imposibilitan tener una vida digna o calidad de vida por su estado de salud, y que la accionada no ofrece sustento material para considerar que el accionante obró con mala fe, ni desvirtuó su capacidad económica.

El señor ESTRADA SANTANA, fue diagnosticado con: *“TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE – EPISODIO MODERADO PRESENTE/ TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO COGNITIVO. CON SECUELAS DE ANIMO TRISTER DE REGULAR PRONOSTICO, CON SECUELAS DE ANSIEDAD DE REGULAR PRONOSTICO, CON SECUELAS DE IRRITABILIDAD DE REGULAR PRONOSTICO, CON COMPLICACIONES DE ANIMO TRISTE, IRRITABILIDAD, LLANDO DEBIL, POCA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION E INSOMNIO”*, cuadro clínico que produjo la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE para laborar, con calificación de pérdida de 100% de capacidad laboral.

El a quo concedió el amparo deprecado al considerar que la accionante, se encuentra en situación de discapacidad y por tanto, requiere de especial protección constitucional, por lo cual resulta procedente amparar los derechos fundamentales invocados.

Inconforme con la decisión, la accionada presentó impugnación señalando básicamente lo siguiente: que el a quo no considero el principio de subsidiaridad de la acción constitucional, ya que la accionante contaba con otros medios de defensa judicial, debido a que en el expediente no obra prueba que demuestre el perjuicio irremediable o el estado indefensión de la accionante, además señaló que el diagnóstico de la accionante no cumple con lo establecido en la condición para el anexo total, es decir incapacidad de 180 días y que de por vida no pueda desempeñar tres o más de las actividades básicas en la vida diaria; por lo que aduce que la asegurada no cumple con dichos criterios de contrato.



Tal como lo anotó el a quo, en este caso SEGUROS BOLIVAR S.A mantiene su posición de que la enfermedad por la cual reclama el asegurado no cumple con lo establecido en la condición para el anexo total, es decir incapacidad de 180 días y que de por vida no pueda desempeñar tres o más de las actividades básicas en la vida diaria; por lo que actualmente la asegurada no cumple con dichos criterios de contrato y no hay lugar a efectuar el pago solicitado, solicita se declare improcedente esta acción de tutela

Sobre el primer punto de inconformidad, no compartimos el argumento del impugnante, en relación a que la presente acción de tutela debe declararse improcedente por el incumplimiento del requisito de subsidiariedad, en razón a que a pesar de que la accionante podía contar con otros medios de defensa judicial idóneos para hacer valer sus derechos, como lo es el proceso ordinario de responsabilidad civil contractual en contra de la compañía aseguradora, teniendo en cuenta el tiempo que puede tardar el litigio, que podría ser incluso de años, las contingencias inmediatas de su imposibilidad laboral, y en vista de que la peticionaria es una persona de especial protección constitucional, debido a su avanzada edad, a la fecha cuenta con 63 años de edad, y a su discapacidad, ya que fue calificado con la pérdida del 100% de su capacidad laboral, se tiene que esta opción no sería la más eficaz. Contrario a lo que ocurre con la acción de tutela, que es un mecanismo más ágil, efectivo y no genera tantos traumatismos para la actora. Así se ha pronunciado la Corte Constitucional de manera pacífica en múltiples decisiones, entre ellas la T-651 de 2009 y la T-589 del 2011, como acertadamente lo señala el Juez Ad-quo. Con lo que queda claro que se encuentra superado el principio de subsidiariedad, en atención a que la actora se encuentra debido a su discapacidad comprobada, dentro del grupo de especial protección constitucional.

En lo que respecta al segundo punto de inconformidad, consistente en que el accionante no cumple con los parámetros señalados en la póliza como incapacidad total y permanente, establecido en la condición para el anexo total, es decir incapacidad de 180 días y que de por vida no pueda desempeñar por sí misma en tres o más de las actividades básicas en la vida diaria, como son el aseo personal, vestirse, comer, higiene, movilidad, y trasladarse; por lo que aduce que la asegurada no cumple con dichos criterios de contrato.

Tenemos que la cláusula en cuestión, contenida al parecer en un anexo del contrato de la póliza citada, ya que la parte accionada de manera reiterada hace mención a la misma, pero no allega el documento donde ella se encuentre, señala lo siguiente:

“CONDICION PRIMERA. - DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado...”.

Para poder establecer si en el presente caso se dan los presupuestos de la incapacidad total y permanente en la actora amparada en la citada póliza, debemos tener en cuenta que el artículo 4o del Estatuto del Consumidor, o ley 1480 del 2011, que contiene enunciados básicos y reglas de integración normativa del derecho de



protección al consumidor, entre otros señala que las normas del Estatuto del Consumidor deben ser interpretadas en la forma más favorable al consumidor, que en caso de duda se resuelve en favor del consumidor.

En artículo 34 del mismo Estatuto, establece que las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor y que en caso de duda prevalecerán las cláusulas a favor del consumidor sobre aquellas que no lo sean, cabe recordar que la Corte Constitucional al analizar la constitucionalidad de algunos artículos del Decreto 3466 de 1982 expresó que "la fuente contractual debe interpretarse de conformidad con los principios tuitivos del consumidor plasmados en la Constitución"¹.

Respecto de las cláusulas ambiguas, señala el artículo 1624 del Código Civil que las mismas debían interpretarse a favor del deudor y contra la parte que las redactó. Esta norma constituye una razón de más para que la redacción de las cláusulas sea clara y comprensible. Actualmente, en todos los casos, las cláusulas deben interpretarse en favor del consumidor.

Lo antes señalado se conoce como INTERPRETACION PRO CONSUMATORE, que es la Protección del Juez al adherente cuando se advierta algún vacío o ambigüedad en las condiciones contractuales.

Sobre el punto de la interpretación de las cláusulas en los contratos de seguros, la Corte Constitucional² señaló lo siguiente:

“Seguros B.S.A., vulneró los derechos a la vida digna y al mínimo vital de la señora M.L.G.L. por negarle el reconocimiento y pago del seguro tomado a modo de indemnización que se haría efectivo en caso de incapacidad permanente.

La Sala considera que la señora M.L.G.L. tiene derecho a que Seguros B.S.A. le reconozca y pague el seguro tomado con la entidad, que se haría efectivo, entre otros amparos, por incapacidad permanente del titular. La aseguradora negó el reconocimiento del amparo con base en que la incapacidad que sufre la peticionaria no es total. En su respuesta a esta acción la compañía sostuvo que no lo es, porque a pesar de que la accionante tienen un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 96%, considera que el restante, del que aún “goza” (es decir el 4%), no le impide continuar realizando una actividad lucrativa de la cual pueda derivar un sustento económico, en palabras de la aseguradora.

Al respecto de ese argumento frente a personas que han perdido su capacidad laboral en forma permanente, no podría afirmarse con un criterio mínimo de razonabilidad y racionalidad que éstas pueden desempeñar sus funciones de manera normal.

En la condición primera de aseguramiento de la póliza tomada por la señora M.L.G.L., se lee: “para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o funcionales incurables que de por vida impidan a la persona

1 C-1141/2002

2 T-024/2016



desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y haya sido provocada por el asegurado (...)”.

En esos términos, la incapacidad total y permanente sufrida por la asegurada tiene como fecha de estructuración el 28 de enero de 2011, en un porcentaje del 96% de origen profesional, y la póliza suscrita se tomó el 16 de octubre de 2002, y fue renovándola por espacio de 10 años, hasta que por razón de su enfermedad, solicitó el reconocimiento del seguro pues cumplía con la condición de haber sido calificada, con invalidez de carácter permanente: (i) la invalidez se produjo como consecuencia de su enfermedad lesiones orgánicas y funcionales incurables; (ii) las lesiones son de carácter permanente sin diagnóstico actual de recuperación; y (iii) se determinó por la Junta de Calificación de Primera Oportunidad de la Unión Temporal Médico Salud que su pérdida de capacidad laboral es del 96%, es decir, que no puede desempeñar otro trabajo remunerativo para procurarse una mejor calidad de vida.

Así las cosas, se cumple entonces las condiciones para que el siniestro que reclama sea reconocido porque la objeción que presenta la compañía aseguradora, Seguros Bolívar, no es razonable y se torna arbitraria cuando se afirma al contrario de las pruebas aportadas que la enfermedad que padece la incapacita de manera definitiva.

Pero, además, analizado el contrato de seguro suscrito por la accionante no se encuentra la determinación de un régimen objetivo en virtud del cual se pueda determinar a partir de qué porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral se entiende configurado el siniestro, indeterminación que no puede dejarse a la libre valoración de la aseguradora, y que, por tanto, ha permitido a la Sala en ocasiones anteriores afirmar que deben seguirse los criterios generales legislativamente establecidos para considerar a una personas en condiciones de invalidez. Al respecto, en la sentencia T-490 de 2009[51], se afirmó:

“Además, la forma de calificar y determinar la condición de invalidez del accionante se hizo de conformidad con los lineamientos esbozados por el Régimen de Seguridad Social en Salud, cuyo marco jurídico si bien no corresponde con el régimen contractual bajo el cual se rige la actividad aseguradora, no es menos cierto que la ocurrencia de un siniestro en el que se ve comprometida la integridad física del tomador de la póliza, impone una valoración que específicamente no estaba regulada en el texto del contrato de seguro de vida grupo que adquirió el accionante, lo cual habilita recurrir -como guía- al concepto de invalidez general que establece como mínimo el 50% de la pérdida de la capacidad laboral para declarar invalida a la persona asegurada. La anterior aplicación opera para este caso concreto por cuanto el clausulado contractual omitió, se repite, especificar el procedimiento para determinar la incapacidad total y permanente del asegurado”.

En el mismo sentido, en la providencia T-007 de 2015, la Corporación precisó, en un caso en el que el asegurado presentaba



una pérdida de la capacidad laboral del 95.45% y la aseguradora se negaba a reconocer el siniestro porque no era total, que:

“Si bien la calificación de la invalidez en el régimen general de seguridad social en pensiones exige unos requisitos específicos, entre ellos que la persona sea calificada con más del 50% de pérdida de la capacidad laboral para que sea declarada inválida permanente y pueda acceder a la pensión por ese concepto, no puede perderse de vista que en materia de seguros de vida, en especial en cuanto atañe a las cláusulas generales de amparo por incapacidad total y permanente, al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse el estándar que se exige en aquel régimen, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado. No obstante, cada caso deberá analizarse en concreto por el juez constitucional cotejando el texto del clausulado contractual con los principios y valores que enseña la Constitución Política como norma superior, además de estudiar las especiales condiciones que demuestre el asegurado y la garantía plena a sus derechos fundamentales.”.

Siendo claro, la forma en que debe interpretarse el clausulado, mas aun tratándose de una póliza de seguros, en el sub judice, revisando la cláusula de la condición primera, en la que definen incapacidad total y permanente, se observa que además de lo señalado, es decir incapacidad de 150 días y que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo.

De donde se desprende, que es procedente aplicar lo señalado por la Corte Constitucional en la jurisprudencia precitada, puntualmente en los fallos T-490/2005 y T-007/2015, en razón a que la forma de calificar y determinar la condición de invalidez de la accionante se hizo de conformidad con el Régimen de Seguridad Social en Salud, cuyo marco jurídico si bien no corresponde con el régimen contractual bajo el cual se rige la actividad aseguradora, no es menos cierto que la ocurrencia de un siniestro en el que se ve comprometida la integridad física del tomador de la póliza, impone una valoración que específicamente no estaba regulada en el texto del contrato de seguro de vida grupo que adquirió el accionante, lo cual habilita recurrir -como guía- al concepto de invalidez general que establece como mínimo el 50% de la pérdida de la capacidad laboral para declarar inválida a la persona asegurada. La anterior aplicación opera para este caso concreto por cuanto el clausulado contractual, fue ambiguo e inexacto, se tiene que el accionante suscribió contrato de Póliza de Seguros de Vida grupo Educadores de Colombia Póliza No. GR-5253 Certificado 546152 de fecha 20 de Mayo de 2008, por Incapacidad Total y Permanente, con la Compañía Aseguradora Seguros Bolívar S.A.; que la Organización Clínica del Norte Regional 6 emitido dictamen médico laboral No. SRAR-260-19 de fecha 18 de diciembre de 2019 valorando el porcentaje de la pérdida de capacidad laboral en un 100% de incapacidad total y permanente con fecha de estructuración 27 de septiembre de 2019, por presentar los siguientes diagnósticos: 1- DEFICIENCIA FUNCIONES RELACIONADAS CON EL PENSAMIENTO (ANSIEDAD Y DEPRESION), 2 – DEFICIENCIA FUNCIONALES COGNITIVAS SUPERIORES CALSE I, 3- DEFICIENCIA POR ALTERACION METABOLICA DE HIDRATOS DE CARBONO, 4- DEFICIENCIA POR HIPERTENSION ARTERIAL.



En el caso sub-examine el accionante es un adulto mayor que no cuenta con una fuente de ingresos estable, ni recursos para proveerse un mantenimiento en condiciones mínimas y en la actualidad tiene afectado su mínimo vital, el señor EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA, tomo un seguro de vida con fecha de vigencia 20 de Mayo de 2008, con antelación al dictamen de incapacidad laboral total y permanente de 27/09/2019, lo que queda demostrado al revisar los documentos contractuales aportados como prueba, en la cual se aprecia el accionante como Asegurado principal en la póliza de seguro de vida grupo Educadores de Seguros Bolívar S.A. y el dictamen de incapacidad laboral total y permanente en un 100%.especificar el procedimiento para determinar la incapacidad total y permanente del asegurado.

Por lo tanto, el despacho estima que el accionante, dentro del caso estudiado en este apartado tiene derecho a acceder al seguro que a modo de indemnización les sería pagado en caso de incapacidad permanente, y en consecuencia, confirmara la decisión de instancia, consistente en ordenar a la entidad accionada el reconocimiento y pago de la póliza adquirida, por sufrir, el señor EMILDO JOSÉ ESTRADA SANTANA, de una pérdida de capacidad laboral del 100%, con los diagnósticos señalados. Es decir, que el accionante es un sujeto de especial protección constitucional, por su discapacidad y edad avanzada, con 100% de incapacidad laboral total y permanente lo que le imposibilita tener una vida digna.

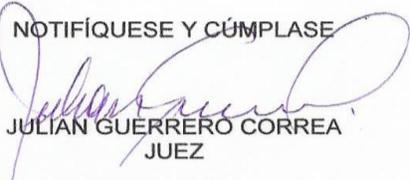
Así las cosas, se confirmará la orden del a quo para que se autorice el pago de la Póliza de Seguros de Vida grupo Educadores de Colombia No. GR-5253 Certificado Individual No.546152 de fecha 20 de mayo de 2008, por Incapacidad Total y Permanente, a favor del señor accionante EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA.

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE SOLEDAD, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de primera instancia proferido por el JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE SOLEDAD el 27 de julio de 2020, dentro de la acción de tutela instaurada por el señor EMILDO JOSE ESTRADA SANTANA, en contra de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: NOTIFICAR ésta providencia a las partes, así como al señor Defensor del Pueblo de la Ciudad, al a quo, por el medio más expedito y eficaz.

TERCERO: En su oportunidad, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, según lo dispuesto en el decreto 2591 de 1.991 y conforme a los lineamientos establecidos de conformidad a la emergencia sanitaria por cuenta de la pandemia del COVID 19.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JULIAN GUERRERO CORREA
JUEZ