

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**  
**SANTA MARTA**

Santa Marta, veintiséis (26) de enero de dos mil veintidós (2022).

**REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL seguido por ALEJA DEL CARMEN GUERRA DE PUERTA contra SEGUROS BOLIVAR S.A.**

**Rad.No. 47-001-40-53-003-2019-00247-01**

**ASUNTO**

Procede esta agencia judicial a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada en contra de la sentencia de fecha 19 de julio de 2021, proferida por el Juzgado Tercero Civil Municipal de esta ciudad, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual seguido por la señora ALEJA DEL CARMEN GUERRA DE PUERTA en contra de las sociedades SEGUROS BOLIVAR S.A.

**HECHOS Y ANTECEDENTES.**

La señora ALEJA DEL CARMEN GUERRA DE PUERTA promovió demanda de Responsabilidad Civil Contractual en contra de la sociedad SEGUROS BOLIVAR S.A. a fin de que se ordene a esta última pagar por concepto de la totalidad del valor asegurado con ocasión del amparo por incapacidad total y permanente la suma de \$ 70.000.000 en su favor, más los intereses sobre el valor antes señalado a los que hubiere lugar causados a partir de la fecha en que la demandada se negó a cancelar injustificadamente el valor del seguro y hasta que se verifique el pago, además de las costas que se generen.

Como fundamentos de la demanda se destacan los siguientes:

Indica que es empleada pública adscrita al Ministerio de Educación Nacional- secretaria de Educación del Distrito de Santa Marta desde el 2 de abril de 1973.

Precisa que a partir del año 2005 suscribió póliza vida grupo No 5579 y No de solicitud o certificado 358472, con descuento por nomina con Seguros Bolívar, póliza que fue aumentada en su valor asegurado y su correspondiente prima mensual, hasta la identificada con el No de solicitud o certificado 617752, en la que el valor asegurado equivale a la suma de \$70.000.000 y amparos por vida, incapacidad total y permanente, indemnización por muerte accidental con beneficios por desmembración, en la que figuran como beneficiarios sus hijos y su cónyuge.

Alude que tal póliza contó con los debidos pagos oportunos de conformidad con los últimos desprendibles de pago, pero, sin embargo, a partir de la última renovación y aumento del valor asegurador, los descuentos por nomina por concepto del pago de la prima no cambiaron y continuaron siendo los mismos, razón por la cual solicitó en varias ocasiones la corrección del error a la aseguradora, a lo que se hizo caso omiso.

Expresa que empezó a presentar síntomas relacionados con disfonía funcional, agudización sintomática progresiva, cuerdas vocales con micronódulos, aritenoides y mucosa interaritenoides hiperémica y de aspecto edematizado, cuerdas vocales libres sin formación en sus bordes libres, signos de reflujo faríngeo, compromiso de cualidades de la voz con pobre respuesta a rehabilitación, entre otros cuadros, con valoración por otorrinolaringología de fecha 15/09/2017 diagnóstico: disfonía. Estudio de tele laringoscopia/fibro laringoscopia. Diagnóstico: 1. Disfonía Funcional 2. Laringitis aguda secundaria a reflujo Gastroesofágico. Plan Terapia de voz. Dr. Antonio Urbina. Valoración por Fonoaudiología de fecha 01/2018, siendo estas patologías tratadas por los especialistas de la Organización Clínica General del Norte desde tal fecha, con diferentes remisiones farmacológicas y terapéuticas.

Asegura que producto de la evolución del cuadro clínico fue incapacitada por más de 600 días laborales continuos desde el 31 de julio de 2017, siendo objeto de valoración medico laboral en el año 2018 profiriéndose dictamen No 023-LM-2018 de fecha 28 de febrero de la mencionada anualidad favorable para pensión por invalidez desde el día 1 de marzo de 2018.

Comenta que presentó reclamación a Seguros Bolívar S.A mediante reclamo inicial N° 2451/215 y solicitud de reconsideración posterior, por el valor asegurado en virtud del amparo por incapacidad total y permanente de la póliza de seguro suscrita con dicha empresa, cumpliendo con todos los documentos y requisitos establecidos por la administradora de tal póliza para dicho trámite, respondidos ambos en forma desfavorable mediante comunicaciones fechadas 15 de mayo y 30 de agosto de 2018, respectivamente, sosteniendo en resumen que no se cumple con todos los criterios establecidos en el contrato, sin mayores precisiones a las de señalar que la calificación no compromete en nada el contrato de seguro suscrito.

La demanda fue conocida en primera instancia por el Juzgado Tercero Civil Municipal de esta ciudad, quien a través de proveído de fecha 22 de marzo de 2019 la inadmitió, concediendo 5 días a la libelista para subsanar los defectos anotados (Fl. 165 7 164 reverso del Cdno. Ppal), una vez corregidos los errores, se admitió con decisión del 27 de junio de 2019.

El extremo pasivo a través de apoderado contestó pronunciándose respecto de los hechos de la demanda, aceptando unos, negando otros y proponiendo como mecanismos de defensa la formulación de diversas excepciones de mérito, las cuales nombró como IMPOSIBILIDAD POR PARTE DEL DESPACHO DE APLICAR LAS NORMAS DE SEGURIDAD SOCIAL AL PRESENTE PROCESO, POR ESTAR FRENTE A UN CONTRATO DE SEGURO, INEXISTENCIA DE OBLIGACION INDEMNIZATORIA POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A A FAVOR DEL DEMANDANTE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO EDUCADORES No GR.-5579, POR NO HABERSE ACREDITADO DEBIDAMENTE EL SINIESTRO, AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. Y CUALQUIER OTRO TIPO DE EXCEPCIÓN DE FONDO QUE LLEGARE A PROBARSE Y QUE TENGA COMO FUNDAMENTO LA LEY O EL CONTRATO DE SEGURO

RECOGIDO EN LA POLIZA INVOCADA COMO FUNDAMENTO DE LA DEMANDA.

Acto seguido se procedió a correr traslado de las excepciones mediante lista fijada en la secretaría del despacho de primera instancia el 28 de octubre de 2019 y a la objeción al juramento estimatorio realizada por la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A en el auto de data 27 de septiembre de 2019 (Fl. 209 y 213 id).

En decisión del 18 de diciembre de 2020 se decretaron las pruebas y se fijó fecha para la realización de las audiencias establecidas en los artículos 372 y 373 del C.G.P., diligencia que inició el 2 de marzo de 2021 donde se surtieron las etapas de conciliación, interrogatorio a las partes, fijación del litigio, control de legalidad y decreto de una prueba de oficio, su continuación se materializó el 7 de julio de 2021 esgrimiéndose en esta por las partes los alegatos de conclusión y emitiendo la titular del despacho el sentido del fallo.

De esta manera, la sentencia se profirió de forma escrita el 19 de julio de 2021.

### **DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**

El Juzgado Tercero Civil Municipal de esta ciudad, a través de providencia de fecha 19 de julio de 2021 declaró no probadas las excepciones denominadas incoadas por la accionada, pero sí reconoció de oficio un medio exceptivo que llamo INEXISTENCIA DE RENOVACIÓN O AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No GR-5579, y en consecuencia, señaló que Seguros Bolívar incumplió el contrato de seguro pactado con la demandante y que por ello debe pagar a la libelista la suma de \$50.000.000 correspondiente al monto asegurado por estructuración e la incapacidad total y permanente así como los intereses moratorios a la tasa máxima bancaria desde el 13 de abril de 2018 hasta que se haga efectivo el pago, sumado a la condena en costas en cabeza del asegurador.

### **EL RECURSO DE APELACION**

Una vez proferida la sentencia, la demandada interpuso recurso de apelación contra la misma, señalando que nos encontramos ante un proceso de responsabilidad civil contractual en el cual se solicita la afectación de la póliza de vida grupo educadores GR 5579 específicamente por el amparo de incapacidad total y permanente, siendo este un contrato de seguro de carácter privado que se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones generales y particulares del contrato a lo que han dado estricto cumplimiento.

Precisa que en el mismo se describen perfectamente las coberturas y condiciones que se requieren para acceder al pago indemnizatorio, las cuales la asegurada no ha acreditado.

Concluye que en el caso del contrato de seguro que nos ocupa no pueden aplicarse las normas de seguridad social toda vez que la calificación de pérdida de capacidad que menciona como soporte con el fin de obtener

el pago que deprecia, no inciden en la definición de la reclamación, ya que solo tiene efectos en el campo de la Seguridad Social, con el objeto de garantizar al amparo de contingencias derivadas de la invalidez, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la ley laboral.

Exige que el despacho entre a analizar el litigio bajo las normas del contrato de seguro, toda vez que, al ser un contrato consensual, bilateral y de adhesión, debe estudiarse bajo los lineamientos generales y particulares que lo regulan.

Señala que la Juez Tercera Civil Municipal de Santa Marta al revisar las condiciones generales de la póliza dijo que “no se evidencia definición alguna entorno a la forma o medio probatorio a implementarse para acreditar el riesgo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE asegurado, por lo que mal puede desconocerse el dictamen de calificación aportado por la demandante con su reclamación para efectos de acreditar la ocurrencia del siniestro, toda vez que de conformidad con las disposiciones normativas jurisprudenciales y conceptos precitados, el referido dictamen se erige en un medio probatorio idóneo, conducente y pertinente para acreditar la configuración del riesgo asegurado...(...)” argumento que hace traer a colación lo señalado en el art 1077 del C de Co que concibe la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro en cabeza del asegurado.

Alude que de conformidad con el extracto del condicionado general de la póliza, el cual contienen el anexo denominado incapacidad total y permanente, las partes, en virtud de su autonomía negocial tuvieron a bien convenir que la afectación del precitado amparo además de estar precedida de la acreditación de tal incapacidad, debió producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar tres o más actividades básicas de la vida (sic), es decir, que no basta con la simple demostración el dictamen.

Expresa que por lo ante señalado al recibir la reclamación y realizar un estudio de la información médica allegada, se encontró que no era posible establecer de manera clara y definitiva estado de incapacidad acorde con los términos establecidos en el contrato de seguro, por lo que, para apoyar a la asegurada en la demostración del siniestro se le solicitó programar examen médico, con cargo a la póliza, el cual fue realizado por Seguros Bolívar y no se evidenció que la actora tuviese enfermedades que le impidieran desempeñar actividades de trabajo remunerativo.

Precisa que contrario a lo dicho en la sentencia, no estamos en presencia de ninguna cláusula abusiva atendiendo que el contrato de seguro está regido por las estipulaciones contractuales que en este caso fueron debidamente convenidas entre las partes, por lo que la demandante conocía de las mismas.

Al culminar su exposición señaló que el juez de primera instancia consideró la existencia de incumplimiento de obligaciones por su parte, empero, dentro del proceso la demandante nunca probó la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de la compañía,

mencionándose solamente que se presentó reclamación y que en virtud de ello y de las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma.

Dentro del plazo con el que contaba la apelante para sustentar el recurso en segunda instancia, no hizo manifestación alguna, pese a ello, al haberse realizado la sustentación ante la juez de primera instancia, se tendrá por surtido este trámite, mientras que el extremo contrario no hizo manifestación alguna.

### **CONSIDERACIONES.**

Para resolver la alzada contra la sentencia dictada en el sub júdice esta judicatura se centra primordialmente en establecer si la incapacidad total y permanente calificada a la actora se puede concebir como un siniestro respecto de la póliza Vida Grupo Educadores GR 5579, específicamente, por el amparo de incapacidad total y permanente, o si los argumentos de la apelante son acertados y la calificación no le es oponible atendiendo que no se enmarca en la definición que sobre el amparo contempla las condiciones generales de la póliza.

Así, atendiendo lo que se presenta, resulta menester auscultar con meticulosidad lo que en el continuo y normal desarrollo del proceso se solicitó, aportó y practicó, toda vez que la decisión debe basarse única y exclusivamente en las pruebas que hacen parte del mismo, para de igual forma establecer si la decisión tomada por el Ad Quo obedece o no a los postulados debidamente demostrados.

En ese sentido, este despacho se manifestará de manera concreta, precisa y detallada sobre aquellos hechos y/o circunstancias que se encontraron probados y disertará sobre los que no lograron probarse enmarcando el estudio solo a los aspectos que la demandada argumenta.

Previo a iniciar con el estudio de cada uno de los puntos planteados por la opugnant, encuentra el despacho necesario traer a colación algunos aspectos teóricos sobre el contrato de seguro, es así que el artículo 1036 del C. Co define el seguro como un "...contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva" por virtud del cual el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, de ahí que para su perfeccionamiento solo se requiere del acuerdo de voluntades entre las partes.

Sobre éste ha establecida la jurisprudencia en reiteradas ocasiones:

*"El contrato de seguro es aquél negocio "(...) bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por 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, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de "daños" o de "indemnización efectiva", o bien de seguros sobre*

*las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro. Salta a la vista, pues, que uno de los elementos esenciales en este esquema contractual es la obligación "condicional" contraída por el asegurador de ejecutar la prestación prometida si llegará a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que ante la ocurrencia del siniestro debe aquél asumir y significa asimismo la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima por parte del tomador" (Sent. 24 de enero de 1994, C.S.J. Expediente 4045)<sup>1</sup>.*

Se perfecciona con el acuerdo de voluntades, es decir con el simple consentimiento de las partes, de acuerdo con las modificaciones establecidas en la Ley 389 de 1997, pero su forma de probarlo varía, para lo cual el artículo 1046 del Código de Comercio consagra que se puede probar por escrito o por confesión.

Para efectos probatorios se obliga al asegurador a entregar en su original al tomador dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

De igual manera, de la jurisprudencia en cita se infieren los elementos esenciales previstos en el artículo 1045 del C. de Co los cuales son: El interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador de ejecutar la prestación prometida de verificarse el riesgo asegurado.

Entiéndase el riesgo asegurable como un hecho futuro e incierto que no depende de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, por su parte el interés asegurable es la relación económica que vincula al asegurado con un bien determinado o con su patrimonio, la prima, es el valor que se cancela por el amparo al riesgo y la obligación condicional del asegurador es la exigencia a la aseguradora, para que, verificados los supuestos de amparo cancele toda la indemnización o la proporción o la parte que se comprometió a pagar al título de indemnización.

El artículo 1064 del Código de Comercio, señala que el seguro versa sobre un conjunto de personas debidamente identificadas, debe expedirse de un certificado individual complementario o que contenga las condiciones generales y particulares que delimiten el riesgo amparado.

Ahora bien, aterrizando al caso concreto se tiene que la entidad apelante reprocha de la decisión atacada que se haya declarado no probados sus medios exceptivo y por el contrario se ordenara el pago de la indemnización solicitada por la parte demandante, cuando la misma no acreditó en debida forma la existencia del riesgo asegurado y además que se haya basado para su decisión en el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado, el cual, si bien señala dicha pérdida en un porcentaje elevado, ello solo corresponde a la imposibilidad de ejercer su labor docente, contrariando además las disposiciones normativas que señalan que el contrato de seguro se rige por las condiciones pactadas en el mismo.

Previo a desarrollar los argumentos procedentes para el caso en concreto, encuentra el despacho importante mencionar que durante el desarrollo de

este proceso, se observó que la parte demandante requería el pago de la suma de \$70.000.000 con ocasión de la afectación a la póliza de vida grupo educadores GR 5579 específicamente por al emparo de incapacidad total y permanente, haciendo alusión a que en el año 2009 había pactado con la entidad encartada una renovación de la misma que aumentó el valor asegurado de \$50.000.000 a \$70.000.000, afirmación que fue contrariada por la parte demanda y sobre la cual la juez a quo determinó declarar probada de oficio la excepción que llamó INEXISTENCIA DE RENOVACIÓN O AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No GR-5579, por lo que las condiciones generales y particulares que tuvo en cuenta y estudio para emitir su fallo corresponden a las pactas por las partes en litis al iniciar la relación comercial en el año 2005.

Y teniendo en cuenta que la libelista no hizo reparo alguno en contra de la decisión de instancia y que el extremo pasivo tampoco mencionó dentro de su recurso nada sobre el particular, serán dichas condiciones las que el despacho tomará como base para estudiar la decisión que en este caso se emita.

Revisado el acervo probatorio se encuentra que en efecto la actora suscribió solicitud de certificado individual para pactar el seguro de vida llamado Grupo Educadores de Colombia N° 358472, y que una vez asumido el riesgo por la demandada fue amparada por la póliza del mismo nombre e identificada como GR 5579 desde el 1 de agosto de 2005; a su vez, también se encuentra dictamen de pérdida de capacidad laboral que fue emitido por la Clínica General del Norte y en razón a la labor de docente que desempeñaba, mencionando como patologías que originaban esta incapacidad la disfonía y el trastorno de dolor persistente somatomorfo, siendo señalada como fecha de estructuración de la invalidez el 1 de marzo de 2018.

De igual manera se evidencia que la señora Aleja Guerra presentó tres memoriales ante la aseguradora tendientes a que se le reconociera la indemnización, solicitudes que fueron negados bajo el mismo argumento, y es que, con la prueba allegada no se satisfizo la exigencia contractual sobre lo que se entiende por incapacidad total y permanente, es decir, no corresponde al riesgo asegurado.

Sobre el concepto de riesgo los art. 1054 y 1056 nos enseñan:

“Art. 1054. Denominase riesgo 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. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.

“Art. 1056. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”

De estos postulados se desprende que los riesgos concebidos en la póliza corresponden en exclusiva a los que han aceptado las partes contratantes, así, este lo define la póliza en sí misma y las condiciones que allí se pacten, por ello, no es alejado de la realidad, en principio, el argumento del accionado cuando arguye que el siniestro debe concretarse de la forma en que las partes lo hayan convenido.

Respecto puntualmente a la póliza en estudio, se tiene que en el anexo de incapacidad total y permanente en la condición primera de forma textual se dice:

**“CONDICIÓN PRIMERA. – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LAS SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGANICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD”

Según lo señalado en la definición contractual entonces no existe controversia entre las partes en cuanto a que la señora ALEJA GUERRA al momento de la calificación se encontraba bajo el amparo del anexo, que su incapacidad persistió por más de 150 días continuos y que no fue provocada por ella, requerimiento que entonces están debidamente cumplidos, pero en cuanto a la característica de las afecciones el demandado no acepta la calificación, y resulta para este despacho desproporcionado que sea así, tal como lo señala la a quo, teniendo en cuenta que no al exigirse en el contrato de seguro un medio probatorio en concreto o excluirse algún medio probatorio, la parte asegurada goza de libertad para demostrar la concurrencia del siniestro, tal como lo protege la legislación colombiana, no es siendo entonces admisible que la aseguradora afirma que no le es oponible el dictamen ya que no participó en su producción, máxime, si su intervención en la materialización de la prueba que se allegue no es una condición que este señalada en el clausulado.

Si bien el dictamen de pérdida de capacidad laboral tiene su génesis en el aspecto laboral de la actora y con él se busca demostrar que no puede ejercer alguna profesión u oficio, resulta ser un elemento útil, pertinente y lícito para demostrar que se sufre de una afección que le imposibilita no solo laborar, sino que afecta su desarrollo como persona.

Para el despacho no es cierto que las patologías que se presentan no tengan el alcance de evitar que la señora Aleja Guerra, en este momento, desempeñe cualquier trabajo, si bien la disfonía afecta la parte del habla, el Trastorno de Dolor Persistente Somatomorfo según definición que extraída del artículo emitido por Joel E. Dimsdale, MD, Universidad de California – San Diego precisa que “se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas orgánicos crónicos acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia, preocupaciones y dificultades en el funcionamiento diario relacionadas con dichos síntomas”... “En este trastorno, la principal preocupación de la persona afectada se refiere a los síntomas físicos, como dolor, debilidad, fatiga, náuseas u otras sensaciones corporales.”<sup>1</sup>, como se puede ver es una patología que puede resultar incapacitante la cual sin duda produce alteraciones funcionales, además, que no se puede desconocer que la demandante ya es una persona de más de 60 años, de la tercera edad que ha dedicado su vida productiva a la docencia, pues su vinculación laboral data del mes de abril del año 1973.

Ahora bien, se exige que las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales sean incurables de por vida, y aquí se está requiriendo algo que es imposible, que lo es simplemente porque ni siquiera para un profesional de la salud es posible establecer que una patología es incurable de por vida, la ciencia médica es ámbito que día a día evoluciona y enfermedades que antes producían la muerte inminente, ahora gracias a los avances pueden ser tratadas y hasta curadas, entonces, exigir que la actora pruebe ese hecho resulta desproporcionado y un motivo para que la misma sea considerada una cláusula abusiva ya que limita la posibilidad de acceder a la indemnización que hoy se deprecia.

El hecho que el contrato de seguro tenga como característica que sea consensual, no quiere decir que pueda contener irregularidades, y por el contrario, de existir aspectos como el que está en cita, deben ser tenidas esas manifestaciones por no escritas.

En la contestación de la demanda y en el interrogatorio rendido por la parte demandada fueron enfáticos en decir que la mencionada señora fue citada a una valoración médica con cargo a la póliza, misma que efectuaron profesionales adscritos a la misma aseguradora, y en la misma se determinó que no cumplía con las condiciones para poder acceder al amparo, sin embargo, no encuentra este despacho un documento que dé cuenta de dichas conclusiones, es decir que no se acreditó por la aseguradora que las patologías que aquejan a la demandante, no sean incapacitantes, pues tal dictamen médico no fue allegado al proceso, por tanto no hay elementos probatorios científicos para derruir el dictamen allegado por la señora Guerra.

Y si bien, esta valoración no es obligación del ente accionado, como en anteriores pronunciamientos se ha señalado por este juzgado, al referenciar que asumieron voluntariamente esta gestión, para hacerla oponible en este juicio, lo menos debieron demostrarse las conclusiones a que se atañe, para

---

<sup>1</sup> Octubre de 2020, Trastorno somatomorfo, Joel E. Dinsdale, <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastornosomatomorfo#:~:text=El%20trastorno%20somatomorfo%20se%20caracteriza,diario%20relacionadas%20con%20dichos%20s%C3%ADntomas>.

que tuvieran capacidad demostrativa, recordemos que la sentencia debe edificarse sobre el análisis de todos las pruebas allegadas al proceso, bajo el prisma de la sana crítica y no puede estructurarse en suposiciones o especulaciones, tal como lo disponen los artículo 164 y 167 del Código General de Proceso.

Para el despacho, el dictamen de pérdida de capacidad laboral es una prueba idónea para determinar que se materializó el riesgo y que el mismo debe ser indemnizado, máxime, si dicho documento es producto de una valoración efectuada por personal de la salud, quienes son los profesionales formados para de una manera adecuada esgrimir dichos conceptos, mismos que no estamos en capacidad de contradecir quienes no contamos con formación médica.

Según el documento que da cuenta de la calificación, la señora Aleja Guerra sufrió una disminución de su capacidad laboral en un 100%, persona en situación de invalidez de acuerdo a las normas colombianas, y de manera total, lo que se itera, le impide realizar actividad remunerativa, por lo que para este despacho fue acertado acceder a las pretensiones, y, en consecuencia, se procederá a confirmar la sentencia apelada.

Así, en mérito de lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

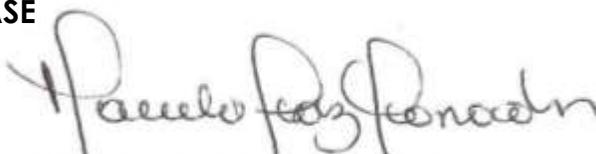
**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia adiada 19 de julio de 2021 dictada por el Juzgado Tercero Civil Municipal de esta ciudad, en atención a lo diserto en la parte motiva de este proveído.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de ambas instancias a la parte demandada. Fijar como agencias en derecho en esta instancia la suma de UN MILLON DE PESOS M/L (\$1.000.000) atendiendo lo dispuesto en el Acuerdo No PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016 emitido por el Consejo Superior de la Judicatura.

**TERCERO:** Por secretaría, infórmesele de la anterior determinación al juzgado de origen para lo de su cargo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**MARIELA DIAZGRANADOS VISBAL**

**Jueza**

Mapr

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
Por estado No. 006 de esta fecha se notificó el auto anterior.
Santa Marta, 27 de enero de 2022
Secretaria, _____.