



Sentencia T-570/15

Referencia: expediente T-4.931.351

Acción de tutela instaurada por el señor Alberto Hernando Robles Restrepo contra BBVA Seguros de Vida

Magistrado Ponente:
LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, cuatro (4) de septiembre de dos mil quince (2015)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Gloria Stella Ortiz Delgado y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos por el Juzgado Octavo Civil Municipal de Valledupar y por el Juzgado Cuarto Civil de Oralidad del Circuito de la misma ciudad, dentro de la acción de amparo constitucional presentada por el señor Alberto Hernando Robles Restrepo contra BBVA Seguros de Vida.

I. ANTECEDENTES

1.1. Hechos

1.1.1. El señor Alberto Hernando Robles Restrepo, quien tiene actualmente 63 años de edad, celebró un contrato de mutuo el 22 de marzo de 2011 con el Banco BBVA por valor de diez millones de pesos (\$ 10.000.000) en la modalidad de cartera de consumo – línea de libranza, con cuotas mensuales de doscientos treinta mil pesos (\$ 230.000) mensuales a un plazo de 72 meses,

deuda que amparó con la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 suscrita con BBVA Seguros de Vida¹.

1.1.2. El 10 de marzo de 2014 fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 100% por enfermedad común, con fecha de estructuración coincidente con el día en que se profirió el dictamen², razón por la cual fue retirado de su cargo como docente de la Institución Educativa Las Flores del municipio de Agustín Codazzi (Cesar), mediante Resolución No. 002574 del 3 de junio de 2014. La descripción de las deficiencias que ocasionaron el dictamen y el respectivo porcentaje, son los siguientes:

Deficiencia por artrosis de rodilla	29.9 %
Deficiencia por pérdida de fuerza muscular	19 %
Deficiencia global o de esófago	37.5 %
Deficiencia por patología de piel	7.4 %

1.1.3. Como consecuencia de la declaratoria de invalidez, el 28 de marzo de 2014 el actor presentó la reclamación del siniestro correspondiente a la póliza previamente mencionada ante BBVA Seguros de Vida. No obstante, dicha compañía objetó la reclamación el día 15 de julio del año en cita, al considerar que el señor Robles Restrepo omitió declarar que padecía gonartrosis³ y disfonía, según consta en la historia médica de la Fundación Médico Preventiva del 3 de mayo de 2009, razón por la cual aplicó las consecuencias derivadas de la reticencia, como lo es declarar la nulidad del contrato⁴.

1.1.4. Sobre el particular, el accionante asegura que en el formato de condiciones generales del seguro de vida no aparecía la condición de certificar la enfermedad que padecía, por lo que al demostrar la pérdida del 100% de su capacidad laboral, cumplió con los requisitos exigidos en la póliza para que la aseguradora pagara el saldo insoluto de la deuda contraída. Por lo demás, manifiesta que en igualdad de condiciones adquirió una póliza con otra aseguradora para el pago de una deuda contraída con el Banco de Occidente, la cual le fue cancelada satisfactoriamente.

¹ En su escrito de tutela, el accionante señala que la reclamación la presentó por la póliza de seguros de vida grupo vital # 48411. Sin embargo al verificar el material probatorio y teniendo en cuenta las afirmaciones que constan en el expediente, se observa que el objeto de la controversia es la póliza de vida grupo No. 011043.

² En el dictamen de invalidez se indica como fecha de estructuración el 10 de marzo de 2014; sin embargo, el dictamen fue proferido el 26 de febrero del mismo año, por lo que se entiende esta última fecha como aquella de la estructuración

³ Artrosis de rodilla

⁴ El artículo 1058 del Código de Comercio establece que: “Artículo 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. // Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. // Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. // Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

1.2. Solicitud de amparo constitucional

Con fundamento en los hechos anteriormente expuestos, el actor presentó el amparo que es objeto de revisión, con el propósito de obtener la protección de sus derechos fundamentales al debido proceso, a la igualdad, a la salud y a la vida digna, los cuales considera vulnerados por la decisión de BBVA Seguros de Vida de negarse a pagar el siniestro y, por ende, dar una respuesta de fondo a la reclamación realizada.

Para el accionante, la tutela es procedente pues la Secretaría de Educación del Cesar no le ha reconocido la pensión de invalidez a la que tiene derecho, por lo que se encuentra sin recibir ingreso alguno que le permita cancelar la deuda contraída con el banco, así como sufragar sus gastos personales y los de su hogar compuesto por su esposa y su hijo que se encuentra estudiando ingeniería electrónica en la Universidad Popular. Adicionalmente advierte que es una persona inválida de 62 años de edad, con una situación económica apremiante, ya que su acreedor puede iniciar en cualquier momento una demanda en su contra.

Por virtud de lo anterior, y como pretensión específica, solicita que se ordene a la accionada que pague al Banco BBVA el saldo insoluto del crédito, más el saldo restante del valor de la póliza.

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1. Contestación de BBVA Seguros de Vida

El Representante Legal de BBVA Seguros de Vida manifestó que la acción de tutela es improcedente, pues existe la posibilidad de acudir a las vías ordinarias para dirimir los conflictos que se presenten entre quienes suscriben un contrato de seguro, así como también cabe la alternativa de acudir a los mecanismos de protección al consumidor financiero que tienen el mismo objeto. En este orden de ideas, afirmó que no se vislumbra el desconocimiento de algún derecho fundamental, ni la ocurrencia de un perjuicio irremediable que haga procedente un amparo transitorio.

Aunado a lo anterior, señaló que la reclamación se objetó con fundamento en que el accionante incurrió en reticencia en su declaración del estado de riesgo, ya que omitió informar que al momento de suscribir el seguro tenía antecedentes médicos de gonartrosis y disfonía, tal y como consta en la historia clínica de la Fundación Médico Preventiva del 3 de mayo de 2009.

Por lo demás, manifestó que someter el conflicto planteado por el accionante al conocimiento del juez de tutela desconocería su derecho al debido proceso, toda vez que el material probatorio que avala jurídicamente su decisión de entender que se presenta una nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia debe ser objeto de presentación y controversia en un proceso ordinario.

Por último, advirtió que no resulta de recibo el argumento del accionante según el cual presuntamente le fue reconocido otro seguro a favor del Banco de Occidente, pues no se conocen las circunstancias en las cuales dicho contrato fue suscrito, ni se sabe si la aseguradora requirió la declaración del estado del riesgo.

1.4. Pruebas relevantes aportadas al proceso

- Copia de la Resolución No. 002574 del 3 de junio de 2014, por la cual el Secretario de Educación Departamental retira por invalidez del servicio activo al docente Alberto Hernando Robles Restrepo.

- Copia de la solicitud suscrita por el accionante y enviada el día 28 de marzo de 2014 a BBVA Seguros de Vida, en donde se realiza la reclamación del siniestro por la póliza de vida No. 0110043.

- Copia de la objeción a la reclamación presentada por el accionante dirigida al Banco BBVA, en la que se advierte que el contrato celebrado es nulo, por cuanto el señor Robles fue reticente al omitir información acerca de su estado de salud al momento de celebrar el contrato.

- Copia del concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral realizado el día 26 de febrero de 2014 por la Unión Temporal de Oriente Región 5, en el que se dictamina que el accionante perdió el 100% de su capacidad laboral, con fecha de estructuración del 10 de marzo de 2014.

- Copia de las condiciones generales del seguro de vida grupo deudores póliza No. 0110043.

- Copia del anexo 1 solicitud - certificado individual seguro de vida grupo deudores póliza No. 0110043, en el que aparece que la vigencia del amparo opera desde el 22 de marzo de 2011 hasta el fin del crédito, con una declaración de asegurabilidad sin responder, la cual contiene el siguiente cuestionario:

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

¿Sufre alguna incapacidad física o mental?

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?

Trastornos mentales o psiquiátricos

Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso

Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna

Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas

Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón

Enfermedades renales-cálculos – próstata – testículos

Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio

Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo

Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, roquera o problemas de órganos de los sentidos

Cáncer o tumores de cualquier clase

Si es mujer, ¿Ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del SIDA? En caso positivo indique el resultado

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia

- Copia de la declaración personal de salud suscrita por señor Alberto Hernando Robles Restrepo realizada en el formato dispuesto por la compañía BBVA Seguros de Vida, para efectos de la suscripción del citado contrato, en la que responde NO a todas las preguntas que a continuación se relacionan:

Padece o ha padecido alguna de las afecciones o trastornos siguientes?

a) Tuberculosis, neumonía, enfisema, silicosis

b) Lesión o debilidad del corazón, infartos, problemas de presión arterial

c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental

d) Enfermedad del bazo, hígado, riñones, páncreas

e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B, meningitis

f) Sida

g) cáncer, tumores malignos

h) Sufre usted alguna incapacidad total o parcial permanente?

Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido aludida directamente en este cuestionario?

- Copia de la póliza seguro de vida grupo vital No. 4877, igualmente suscrita con la citada compañía aseguradora, en la cual aparece como asegurado el accionante por un valor de \$ 15.000.000 de pesos, con vigencia del 22 de marzo de 2011 hasta el 22 de marzo de 2012. No se encuentra constancia de que esta póliza haya sido renovada, ni que la misma haya sido objeto de alguna reclamación.

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

2.1. Primera instancia

En sentencia del 26 de agosto de 2014, el Juzgado Octavo Civil Municipal de Valledupar amparó los derechos fundamentales del accionante al debido proceso, al mínimo vital, a la igualdad, a la salud y a la vida digna. Al respecto, consideró que la acción de tutela resultaba procedente en el caso concreto por cuanto el actor se encontraba en una circunstancia de debilidad manifiesta.

Sin hacer consideraciones sobre la controversia surgida con ocasión del contrato de seguro, diferentes a reiterar lo expuesto por esta Corporación en la Sentencia T-490 de 2009⁵, decidió ordenar a la accionada pagar al Banco BBVA el saldo de la deuda contraída por el señor Robles Restrepo con corte a 22 de marzo de 2011 y devolver las cuotas causadas y canceladas por el asegurado durante el período en que estuvo incapacitado.

2.2. Impugnación

En escrito del 1 de septiembre de 2014, el representante legal de BBVA Seguros de Vida impugnó la anterior decisión, reiterando los mismos argumentos expuestos en el escrito de contestación de la tutela. Agregó que el precedente aplicado por el *a-quo* no podía usarse en el asunto *sub-judice*, toda vez que en el caso de la Sentencia T-490 de 2009, el accionante no suscribió ni diligenció el cuestionario que determinara el estado del riesgo del asegurado.

⁵ M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. El caso en cita fue resumido por la Corte en los siguientes términos: “*El señor Reinaldo de Jesús Palacio Otálvaro fumigador independiente de 44 años de edad, suscribió una póliza de seguro de vida con la compañía Generali Colombia Seguros Generales S.A. con vigencia del 15 de junio de 2007 al 15 de junio de 2008. Dicha póliza incluía unos cubrimientos adicionales entre los que se contaba el de invalidez permanente total. // En vigencia de la referida póliza, el actor venía padeciendo de una artrosis bilateral de sus rodillas y fue sometido a una cirugía de trasplante total de rodilla derecha el 16 de noviembre de 2007, sin obtener éxito alguno. Ante tan grave situación de salud, el accionante no pudo seguir desempeñándose como fumigador y tampoco tiene forma de recibir una pensión, pues por su labor y su condición de trabajador independiente no tuvo la posibilidad de cotizar el sistema de seguridad social en pensiones. Por tal motivo solicitó a la aseguradora el pago del riesgo asegurado, cuya ocurrencia ya estaba comprobada por un dictamen expedido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda que determinó una pérdida del 59,31%, con fecha de estructuración el 16 de noviembre de 2007, día de la fallida cirugía de su rodilla derecha. // La compañía Generali Colombia Seguros Generales S.A., negó el reconocimiento y pago de la referida póliza, bajo el argumento de que, según el dictamen médico elaborado por el equipo médico de la aseguradora, la situación física actual del accionante aún le permite desarrollar una actividad económicamente productiva. Por ello, al no cumplir el señor Palacio Otálvaro con las condiciones pactadas en la referida póliza de vida grupo, cualquier reclamación sobre la misma deberá adelantarla ante la jurisdicción ordinaria. Ante tal situación, el actor consideró violados sus derechos al mínimo vital, al debido proceso y a la dignidad, y solicitó al juez de tutela que ordenará a dicha empresa aseguradora el reconocimiento de la prestación económica a que tiene derecho de conformidad con la póliza que suscribió.*” Para el Corporación era procedente el amparo solicitado, por cuanto: “*(...) [al] obviar el reconocimiento y pago del valor asegurado por concepto del amparo denominado incapacidad total permanente, la cual en efecto se estructuró desde el 16 de noviembre de 2007 según revela el acervo documental allegado por el accionante con su escrito de tutela, se vulneró el derecho fundamental al mínimo vital de una persona discapacitada, en estado de indefensión y con debilidad manifiesta, habida cuenta que el criterio de “cualquier trabajo remuneratorio” debe limitarse a la actividad o destreza que ejercía el asegurado, en este caso concreto del oficio de fumigador por más de 20 años. Es que se torna difícil exigir a una persona discapacitada de 44 años de edad con bajo nivel de escolarización y con una única actividad productiva a lo largo de su vida, que de un momento a otro aprenda otra labor en aras de brindarse un sostenimiento digno para él y su familia; por eso, esta Sala considera que la interpretación de la cláusula contractual en debate, debe ceñirse a los principios y valores constitucionales, que partiendo de un criterio de equidad permita al operador decidir teniendo en cuenta no solo las prescripciones legales, sino los efectos concretos de su decisión en las partes. // Bajo estos lineamientos, es entendible, que sólo ante circunstancias tan excepcionales como las aquí anotadas, la Corte considera que debe amparar los derechos del accionante, los cuales en efecto, encuentra vulnerados.*”

Por último, advirtió la imposibilidad de cumplir la última orden de la sentencia, relacionada con la devolución de las cuotas canceladas por el accionante al Banco BBVA, toda vez que se trata de personas jurídicas distintas y el contrato de mutuo fue suscrito entre dicha entidad financiera y el accionante, de manera que la aseguradora no recibió ninguna cuota por dicho concepto.

2.3. Segunda instancia

En sentencia del 15 de diciembre de 2014, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar revocó la decisión del *a-quo*, al considerar que el accionante debe acudir a la vía ordinaria. Al respecto, advirtió que de las pruebas obrantes en el expediente se infiere que efectivamente el actor fue reticente al momento de celebrar el contrato, por lo que de existir elementos de juicio adicionales para desvirtuar tal situación, los mismos deben ser exhibidos ante el juez civil.

III. REVISIÓN POR PARTE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

3.1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar la decisión proferida en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política. El expediente fue seleccionado por medio de Auto del 13 de marzo de 2015 proferido por la Sala de Selección Número Tres.

3.2. Actuación surtida en sede de revisión

3.2.1. En Auto del 31 de julio de 2015, el Magistrado Sustanciador dispuso vincular al proceso de amparo al Banco BBVA y oficiarlo para que informara el tipo de crédito otorgado al señor Alberto Hernando Robles Restrepo, así como su saldo en la actualidad.

En escrito recibido el 24 de agosto de 2015, el citado Banco señaló que el crédito No. 00130940009600136203 por la suma de \$ 10.000.000 pesos, fue otorgado al accionante el 22 de marzo de 2011 en la modalidad de cartera de consumo (línea libranza) y fue destinado a libre inversión. Asimismo, informó que el señor Robles Restrepo se encuentra en mora en el pago de dicha obligación desde el mes de febrero de 2015, registrando un saldo vencido por la suma de \$ 1.550.000 y un saldo total de \$ 4.964.882. Junto con su respuesta allegó los siguientes documentos: (i) impresión del estado actual del crédito otorgado por el Banco al accionante; (ii) impresión del movimiento histórico de la obligación; (iii) copia del formulario de solicitud del crédito y (iv) copia de la autorización de descuento de “*nómina del salario, pensión o de cualquier prestación o pago a que tenga[mos] derecho*” de 72 cuotas mensuales por valor de \$ 230.000 pesos.

3.2.2. En el mismo Auto se ofició al accionante que informara si ya le fue reconocida la pensión de invalidez por parte de la Secretaría de Educación del Cesar y, en caso afirmativo, indicar su monto. Por lo demás, en el evento de que la respuesta a la citada solicitud fuese negativa, indicar cuál o cuáles constituyen las fuentes de obtención de los recursos para su manutención.

En escrito radicado el 11 de agosto de 2015, el señor Robles Restrepo informó que desde el mes de agosto de 2014 está recibiendo una pensión de invalidez por parte de la Fiduprevisora, por valor \$ 795.299 menos un descuento del 12% para aportes en salud.

Adicionalmente, señaló que al momento de suscribir el contrato de seguro la compañía no indagó sobre su estado de salud, pues tal como aparece en el Anexo 1 solicitud/certificado individual seguro de vida grupo deudores, en la Póliza No. 0110043 no aparece contestada ninguna de las preguntas sobre su condición de salud.

Además de otros documentos que ya obran en el expediente, el accionante allegó copia de la Resolución No. 003317 del 5 de agosto de 2015, por la cual el Secretario de Educación del Departamento del Cesar le reconoce la pensión de invalidez.

3.2.3. En el mismo Auto también se dispuso oficiar a la Fundación Médico Preventiva de Valledupar, con el fin de que allegara la historia clínica del señor Robles Restrepo, en especial, las anotaciones correspondiente a los años 2009 a 2014.

Vencidos los términos concedidos para el efecto, la Secretaría General de esta Corporación certificó que no se había recibido respuesta por parte de la citada Fundación. En consecuencia, en Auto del 21 de agosto de 2015, el Magistrado Sustanciador reiteró la anterior solicitud, sin que se hubiere obtenido respuesta.

3.2.4. Finalmente, en Auto del 31 de julio de 2015, se dispuso oficiar a BBVA Seguros de Vida para que remitiera los soportes documentales que aduce tener para probar la nulidad del contrato de seguro por reticencia, en especial, la copia de la póliza de seguro vida grupo deudores No. 0110043 y de sus anexos.

En escrito recibido por correo electrónico el día 25 de agosto de 2015, la citada aseguradora reiteró los argumentos expuestos en su escrito de contestación de la acción de tutela. Junto con su respuesta, además de otros documentos que ya obraban en el expediente, allegó los siguientes:

(i) Copia de estudio de radiografía de tórax realizado al accionante en la Fundación Médico Preventiva el 11 de febrero de 2011, en el que se concluye: “1. Bronquitis crónica y/o alérgica, hallazgo este que debe ser correlacionado con antecedentes clínicos. 2. Granuloma de la base de pulmón derecho”.

(ii) Copia del registro de la histórica clínica del accionante en la Fundación Médico Preventiva del 3 de mayo de 2009, en la que aparecen como antecedentes patológicos los siguientes: “*gonartrosis, cefalea, dermatitis seborreica, laringitis [y] disfonía*”, y como quirúrgicos: “*artroscopia en rodilla, pterigio, hernia umbilical y varicocelectomía*”.

(iii) Copia del registro de la histórica clínica del accionante en la Fundación Médico Preventiva del 11 de junio de 2010, en la que se indican los siguientes antecedentes patológicos: “*gonartrosis, cefalea, dermatitis seborreica, laringitis, disfonía, lumbalgia + ciática*”, y como quirúrgicos: “*artroscopia en rodilla, pterigio, hernia umbilical y varicocelectomía*”.

(iv) Copia del registro de la histórica clínica del accionante en la Fundación Médico Preventiva, sin fecha, en el que se hace una remisión a otorrinolaringo-logía por cuadro de disfonía intermitente.

3.2. Delimitación del caso y planteamiento del problema jurídico

3.2.1. Antes de plantear el problema jurídico sometido a decisión, es preciso advertir que la pretensión del accionante relacionada con que se ordene a la aseguradora contestar de fondo la reclamación del siniestro, ya fue satisfecha incluso antes de la interposición de la acción de tutela, pues como obra a folio 13 de cuaderno principal, el señor Robles Restrepo allegó la respuesta a la reclamación de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 0110043, suscrita por el apoderado general de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., mediante la cual se objeta dicha reclamación.

En este orden de ideas, no cabe realizar pronunciamiento alguno respecto del derecho de petición, pues BBVA Seguros de Vida efectivamente le dio respuesta de fondo a su solicitud, sólo que la misma fue contraria a sus intereses, circunstancia que descarta que en la actualidad exista una violación del aludido derecho. En efecto, como lo ha sostenido esta Corporación, una respuesta clara y congruente respecto de lo pedido, sin importar si la misma es o no favorable al solicitante, excluye la posibilidad de que el citado derecho se entienda vulnerado⁶.

3.2.2. De acuerdo con lo anterior, el problema jurídico que surge en el asunto *sub-judice*, consiste en determinar si BBVA Seguros de Vida desconoció los derechos fundamentales del accionante al debido proceso, a la igualdad, a la salud y a la vida digna, con ocasión de su negativa a pagar la obligación asegurada. Con el fin de resolver el interrogante planteado, la Sala inicialmente examinará el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela, en especial en lo referente a la satisfacción del principio de subsidiaridad dada la existencia de otros mecanismos de defensa judicial para dirimir controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro. De suerte que, sólo una vez se supere dicho examen, se procederá al estudio del asunto

⁶ Sentencia T-626 de 2013, M.P. Alberto Rojas Ríos.

de fondo, en aspectos tales como la relación de aseguramiento, el principio de la buena fe y el principio de normatividad de los contratos.

3.3. De los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela

3.3.1. En cuanto a la *legitimación por activa*, el artículo 86 de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona de reclamar mediante acción de tutela la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Este precepto constitucional se desarrolla en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 que consagra: *“la acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud”*.

En el caso bajo examen, el actor se encuentra legitimado para interponer la presente acción de tutela, no sólo porque actúa directamente, sino también porque solicita la protección de sus derechos a la vida digna, a la salud, al mínimo vital y al debido proceso, en virtud de la respuesta otorgada por la compañía BBVA Seguros de Vida, a través de la cual le negó el reconocimiento de la prestación asegurada.

3.3.2. Respecto de la *legitimación por pasiva*, el artículo 86 del Texto Superior establece que la acción de tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o por el actuar de los particulares en los casos previstos en la Constitución y en la ley⁷.

En el asunto objeto de estudio, es claro que BBVA Seguros de Vida es un particular, de allí que resulta necesario determinar si frente a dicha compañía se cumple con alguno de los presupuestos que permiten la procedencia excepcional de la acción de tutela en su contra. En este orden de ideas, tanto en el Texto Superior como en el Decreto 2591 de 1991, se prevén las siguientes hipótesis de procedencia, a saber: (i) cuando el particular se encuentra encargado de la prestación de un servicio público; (ii) cuando con su conducta afecta de manera grave y directa el interés colectivo; o (iii) cuando existe un estado de subordinación o indefensión entre el solicitante del amparo y quien supuesta-mente incurrió en la violación de un derecho fundamental⁸.

3.3.2.1. De acuerdo con los antecedentes del caso, es indiscutible que las dos primeras hipótesis no se presentan en el asunto bajo examen. Ello es así, por

⁷ El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 consagra las hipótesis de procedencia de la acción de tutela contra particulares.

⁸ Al respecto, entre otras, se pueden consultar las Sentencias T-233 de 1994, T-457 de 1995, T-100 de 1997, T-1386 de 2000, T-143 de 2000, T-317 de 2001, T-874 de 2001 y T-163 de 2002, T-385 de 2002, T-595 de 2003, T-108 de 2005 y T-661 de 2008.

una parte, porque no existe una afectación al interés colectivo; y por la otra, porque de conformidad con el artículo 335 de la Constitución, si bien la actividad aseguradora es de interés público, ello no implica que pueda ser categorizada necesariamente como un servicio público, pues –como ocurre en este caso– la póliza que se reclama no corresponde a una actividad que debe ser prestada de forma regular, permanente y continua⁹, sino no al objeto de un contrato dirigido a amparar la ocurrencia de un riesgo. Por ello, es preciso establecer si en el asunto objeto de estudio se materializa la tercera posibilidad que le otorga viabilidad procesal a la acción de tutela, esto es, que la persona se halle en un estado de subordinación o indefensión respecto de quien supuestamente incurrió en una transgresión de un derecho *ius fundamental*.

3.3.2.2. Como lo ha sostenido este Tribunal, en el caso concreto de las relaciones que surgen del contrato de seguro se presenta un desequilibrio natural, por virtud del cual el cliente o usuario se encuentra, por regla general, en una posición de indefensión frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios. Precisamente, a través de la suscripción de contratos de adhesión, son estas últimas las que fijan el valor de las primas, el monto de los deducibles, el régimen de garantías y las exclusiones que niegan el pago del riesgo asegurado. Esta situación se traduce en una posición dominante de las citadas empresas frente a sus usuarios¹⁰, cuyas actuaciones son objeto de control, de modo habitual, a través del marco regulatorio que rige la actividad aseguradora y mediante la supervisión permanente que frente a dichas compañías se ejerce por el Estado, lo cual supone que los servicios que por ellas se prestan, se cumplen de acuerdo con criterios de calidad, seriedad y eficiencia.

Aun cuando por lo general dicha situación de indefensión se manifiesta al momento en el que se suscribe el contrato de seguro, en algunas ocasiones también tiene incidencia cuando se solicita el reconocimiento de las prestaciones que amparan el riesgo asegurado. Así las cosas, por ejemplo, en ciertos casos, la posición dominante que ejercen las empresas aseguradoras sobre sus usuarios conduce a que las primeras esquiven o dilaten injustificadamente la satisfacción de sus compromisos, en contra de un interés asegurado que, a partir de las características que le son propias, puede conducir a la afectación cierta y directa de derechos fundamentales como el mínimo vital y la salud, e incluso, en situaciones especiales, la vivienda digna.

⁹ Así, por ejemplo, el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo define a los servicios públicos como: “*toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas*”. Por su parte, el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, reitera la misma definición al considerar a los servicios públicos como aquellos “*que están destinados a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquellos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines*”. Por lo anterior, en la Sentencia T-215 de 2003, M.P. Álvaro Tafur Galvis, se explicó que: “*en el marco de la Constitución vigente, bien puede afirmarse, que no toda actividad de interés público es servicio público y (...) ha de estar sujeta necesariamente a las reglas del servicio público*”. De esta manera, a manera de ilustración, el seguro obligatorio de accidentes de tránsito si ha sido categorizado como servicio público, en razón de alcance, objeto y cobertura. Véase, al respecto, la Sentencia T-105 de 1996, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

¹⁰ Sentencia T-813 de 2012, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

La necesidad de proteger los derechos fundamentales, aunada a la circunstancia de indefensión en la que se puede encontrar el usuario frente a una aseguradora, como ocurriría en aquellos casos en que se niega el reconocimiento de una prestación a la cual claramente tiene derecho, es la que justifica que excepcionalmente proceda la acción de tutela en este tipo de casos, pues se pone a una persona en una circunstancia de hecho en la que le es imposible defenderse efectivamente de una agresión injusta¹¹.

3.3.2.3. En desarrollo de lo anterior, en el asunto bajo examen, observa la Sala que la presente acción también cumple el requisito de legitimación por pasiva, toda vez que del relato del accionante se infiere su posición de indefensión ante la aseguradora, quien presuntamente está incumpliendo, sin justificación, las obligaciones derivadas del contrato de seguro que suscribieron en el año 2011, lo cual va en contra del interés asegurado y, a su juicio, pone en riesgo sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, al mínimo vital y al debido proceso, al tratarse de una persona con un 100% de pérdida de capacidad laboral.

3.3.3. Ahora bien, la procedibilidad de la acción de tutela también exige que su interposición se haga dentro de un plazo razonable, contabilizado a partir del momento en el que se generó la vulneración o amenaza de un derecho fundamental, de manera que el amparo responda a la exigencia constitucional de ser un instrumento judicial de aplicación inmediata y urgente (CP art. 86), con miras a asegurar la efectividad concreta y actual del derecho objeto de violación o amenaza¹². Este requisito ha sido identificado por la jurisprudencia de la Corte como el *principio de inmediatez*¹³.

En criterio de este Tribunal, si con la acción de tutela se busca la protección *inmediata* de los derechos fundamentales, es imprescindible que su ejercicio tenga lugar dentro del marco de ocurrencia de la amenaza o violación de dichos derechos. Una actuación en sentido contrario, desvirtúa el alcance jurídico dado por el Constituyente a la acción, pues cuando el accionante no actúa con prontitud en la solicitud del amparo, se infiere que éste no requiere de una protección urgente, efectiva e inmediata, más allá de que también pueda convertirse en un factor de inseguridad jurídica y de posible afectación de los derechos de terceros¹⁴.

En relación con el caso objeto de estudio, el actor instauró la acción de tutela el 11 de agosto de 2014¹⁵ y la última respuesta dada por BBVA Seguros de Vida, a través de la cual negó el pago de la póliza, se dio el 15 de julio de

¹¹ Sentencia T-1008 de 1999. M.P. José Gregorio Hernández Galindo. En idéntico sentido se puede consultar la Sentencia T-152 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

¹² Precisamente, el artículo 86 dispone que: “*Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la **protección inmediata** de sus derechos constitucionales fundamentales (...)*”. Énfasis por fuera del texto original.

¹³ Véanse, entre otras, las Sentencias SU-961 de 1999, T-344 de 2000, T-1169 de 2001, T-105 de 2002, T-575 de 2002, T-843 de 2002, T-315 de 2005, T-993 de 2005 y T-1140 de 2005.

¹⁴ Sentencia T-279 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

¹⁵ Folio 25.

2014¹⁶. Esto significa que transcurrió poco menos de un mes para que el demandante acudiera ante el juez constitucional, término que se ajusta a la razonabilidad que explica la procedencia del amparo.

3.3.4. Queda por examinar entonces lo referente al cumplimiento del principio de subsidiaridad, respecto del cual –por su trascendencia en relación con el caso planteado– se realizará un acápite separado.

3.4. De la procedencia de la acción de tutela para dirimir controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro. Del principio de subsidiaridad del amparo constitucional

3.4.1. El ya citado artículo 86 de la Constitución Política señala que la acción de amparo constitucional sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable¹⁷. Esto significa que la acción de tutela tiene un carácter residual o subsidiario, por virtud del cual *“procede de manera excepcional para el amparo de los derechos fundamentales vulnerados, por cuanto se parte del supuesto de que en un Estado Social de Derecho existen mecanismos judiciales ordinarios para asegurar su protección”*¹⁸. El carácter residual obedece a la necesidad de preservar el reparto de competencias atribuido por la Constitución Política a las diferentes autoridades judiciales, lo cual se sustenta en los principios constitucionales de independencia y autonomía de la actividad judicial.

No obstante, aun existiendo otros mecanismos de defensa judicial, la jurisprudencia de esta Corporación ha admitido que la acción de tutela está llamada a prosperar, cuando se acredita que los mismos no son lo suficientemente idóneos para otorgar un amparo integral, o no son lo adecuadamente expeditos para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Así lo sostuvo la Corte en la Sentencia SU-961 de 1999¹⁹, al considerar que: *“en cada caso, el juez está en la obligación de determinar si las acciones disponibles le otorgan una protección eficaz y completa a quien la interpone. Si no es así, si los mecanismos ordinarios carecen de tales características, el juez puede otorgar el amparo de dos maneras distintas, dependiendo de la situación de que se trate. La primera posibilidad es que las acciones ordinarias sean lo suficientemente amplias para proveer un remedio integral, pero que no sean lo suficientemente expeditas para evitar el acontecimiento de un perjuicio irremediable. En este caso será procedente la acción de tutela como mecanismo transitorio, mientras se resuelve el caso a través de la vía ordinaria”*. La segunda posibilidad es que las acciones comunes no sean susceptibles de resolver el problema de forma idónea, circunstancia en la cual

¹⁶ Folio 12.

¹⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-336 de 2009, T-436 de 2009, T-785 de 2009, T-799 de 2009, T-130 de 2010 y T-136 de 2010.

¹⁸ Sentencia T-723 de 2010, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

¹⁹ M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

es procedente conceder la tutela de manera directa, como mecanismo de protección definitiva de los derechos fundamentales²⁰.

3.4.2. En relación con el primer supuesto, la jurisprudencia constitucional ha establecido que la acción de tutela procede como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, cuando se presenta una situación de amenaza de vulneración de un derecho fundamental susceptible de concretarse y que pueda generar un daño irreversible²¹. Este amparo es eminentemente temporal, como lo reconoce el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, en los siguientes términos: *“En el caso del inciso anterior, el juez señalará expresamente en la sentencia que su orden permanecerá vigente sólo durante el término que la autoridad judicial competente utilice para decidir de fondo sobre la acción instaurada por el afectado”*.

Para determinar la configuración de un perjuicio irremediable, en criterio de este Tribunal, deben concurrir los siguientes elementos: (i) el perjuicio ha de ser *inminente*, es decir, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser *urgentes*; (iii) el perjuicio debe ser *grave*, esto es, susceptible de generar un daño trascendente en el haber jurídico de una persona; y (iv) exige una respuesta *impostergable* para asegurar la debida protección de los derechos comprometidos²². En desarrollo de lo expuesto, en la Sentencia T-747 de 2008²³, se consideró que cuando el accionante pretende la protección transitoria de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela, tiene la carga de *“presentar y sustentar los factores a partir de los cuales se configura el perjuicio irremediable, ya que la simple afirmación de su acaecimiento hipotético es insuficiente para justificar la procedencia la acción de tutela.”*

3.4.3. En cuanto al segundo evento, se entiende que el mecanismo ordinario previsto por el ordenamiento jurídico para resolver un asunto no es idóneo, cuando, por ejemplo, no permite resolver el conflicto en su dimensión constitucional o no ofrece una solución integral frente al derecho comprometido. En este sentido, esta Corporación ha dicho que: *“el requisito de la idoneidad ha sido interpretado por la Corte a la luz del principio según el cual el juez de tutela debe dar prioridad a la realización de los derechos sobre las consideraciones de índole formal”*²⁴. *La aptitud del medio de defensa ordinario debe ser analizada en cada caso concreto, teniendo en cuenta, las características procesales del mecanismo, las circunstancias del peticionario y el derecho fundamental involucrado”*.²⁵

Finalmente, reitera la Sala que en atención a la naturaleza eminentemente subsidiaria de la acción de tutela, esta Corporación también ha establecido que

²⁰ Véanse, además, las Sentencias T-179 de 2003, T-500 de 2002, T-135 de 2002, T-1062 de 2001, T-482 de 2001, SU-1052 de 2000, T-815 de 2000, T-418 de 2000, T-156 de 2000, T-716 de 1999, SU-086 de 1999, T-554 de 1998, T-384 de 1998 y T-287 de 1995.

²¹ Sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

²² Véanse, entre otras, las sentencias T-225 de 1993 y T-808 de 2010.

²³ M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

²⁴ Véanse, entre otras, las sentencias T-106 de 1993 y T-100 de 1994.

²⁵ Sentencia T-705 de 2012, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

la misma no está llamada a prosperar cuando a través de ella se pretenden sustituir los medios ordinarios de defensa judicial²⁶. Al respecto, la Corte ha señalado que: *“no es propio de la acción de tutela el [de ser un] medio o procedimiento llamado a remplazar los procesos ordinarios o especiales, ni el de ordenamiento sustitutivo en cuanto a la fijación de los diversos ámbitos de competencia de los jueces, ni el de instancia adicional a las existentes, ya que el propósito específico de su consagración, expresamente definido en el artículo 86 de la Carta, no es otro que el de brindar a la persona protección efectiva, actual y supletoria en orden a la garantía de sus derechos constitucionales fundamentales”*²⁷.

3.4.4. Ahora bien, en tratándose de controversias relacionadas con contratos de seguros, este Tribunal ha sostenido que dichos conflictos, en principio, deben ser resueltos ante la jurisdicción ordinaria civil, en tanto el legislador previó la posibilidad de acudir a varios procesos judiciales para solucionarlos, los cuales se encuentran básicamente previstos en el Código General del Proceso vinculados con el tipo de controversia originada de la relación de aseguramiento²⁸. Ellos se caracterizan por contemplar instrumentos y herramientas para que los interesados tengan la oportunidad de reclamar sus derechos y, si es del caso, formular oposiciones frente a las actuaciones de las partes involucradas en el negocio jurídico objeto de la *litis*. Por lo demás, en dichas vías se otorgan amplias oportunidades para solicitar o controvertir pruebas y si se considera necesario interponer recursos.

3.4.5. Ante esta realidad, 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, 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 también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales de la aseguradora, pese a la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

La línea previamente expuesta se reiteró por la Sala Tercera de Revisión²⁹, al conocer del caso de una persona con cirrosis por hepatitis autoinmune, con un 59.45% de pérdida de capacidad laboral, madre de dos menores de edad, a quien se le inició un proceso jurídico para el cobro de las cuotas dejadas de cancelar por un crédito hipotecario. Al momento de pronunciarse sobre el caso sometido a decisión, esta Sala consideró que la acción de tutela era el

²⁶ Igual doctrina se encuentra en las sentencias T-203 de 1993, T-483 de 1993 y T-016 de 1995.

²⁷ Sentencia C-543 de 1992, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

²⁸ Sobre las vías adecuadas para dirimir las controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, en la Sentencia T-442 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez, la Sala Tercera de Revisión sostuvo lo siguiente: *“los medios judiciales adecuados para tramitar las controversias que puedan originarse con ocasión de un contrato de seguros, son esencialmente los procesos declarativos que, en el contexto del Código General del Proceso, incluirían el verbal o el verbal sumario, según la cuantía (artículos 368 a 385, así como 390 a 394, y 398 del Código General del Proceso) o el proceso ejecutivo (artículo 422 ibídem) en los casos descritos en el artículo 1053 del Código de Comercio.”*

²⁹ Sentencia T-557 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

mecanismo idóneo para solucionar el conflicto planteado, en la medida en que la controversia tenía efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital de la accionante, cuya condiciones particulares le dificultaban acudir a las vías ordinarias previamente expuestas. Concretamente se estableció que:

“Con base en lo anterior, en el asunto *sub examine*, la Corte observa que la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo de protección, pues la controversia que se plantea tiene un efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, pues la condición física que padece la accionante le impide continuar trabajando y, por ende, obtener los recursos necesarios para cancelar las cuotas correspondientes al crédito de vivienda, frente a las cuales ya existe un proceso judicial en curso en el que se pretende hacer efectiva su garantía hipotecaria, así como asegurar su congrua subsistencia y la de sus menores hijos.”³⁰

3.4.6. Además de las hipótesis previamente expuestas, la Corte también ha decidido estudiar de fondo los casos en los que se encuentra de por medio una controversia originada de un contrato de seguros, cuando se evidencia que más allá de la disputa económica que le sirve de origen y que puede impactar en los derechos al mínimo vital y a la vida digna, existe un problema de naturaleza constitucional que debe ser estudiado por el juez de tutela, vinculado con la protección de los derechos fundamentales al debido proceso³¹ o a la salud. Así, por ejemplo, la Corte ha otorgado el amparo en los siguientes tipos de casos:

(i) Cuando las compañías de seguros niegan el pago de la prestación asegurada por contabilizar el tiempo de la prescripción desde un momento diferente de aquél que dispone la ley. Al respecto, en la Sentencia T-309A de 2013³², la Corte conoció de un caso en el que una aseguradora se negó a reconocer una póliza al contar los términos de prescripción desde la fecha de estructuración de la invalidez y no desde el momento en que se profirió el dictamen de pérdida de capacidad laboral. Para este Tribunal, en el *asunto sub-judice*, la aseguradora desconoció el principio de la buena fe, ya que cuanto se estructuró la invalidez el accionante no conocía su condición invalidante³³. En este mismo sentido se pronunció la Sala Tercera de Revisión en la Sentencia

³⁰ En el mismo sentido se pueden consultar, entre otras, las Sentencias T-751 de 2012, T-70 de 2013, T-007 de 2015.

³¹ En la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se explicó que: “*El derecho fundamental al debido proceso (art. 29, C.P.), como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora, estipula que las determinaciones acerca de si se reconoce o no un derecho deben estar basadas en las condiciones previamente pactadas, sin desconocimiento del marco legal.*”

³² M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

³³ Sobre el particular se dijo que: “*El razonamiento hecho por la aseguradora accionada, resulta absurdo en la medida en que se da efectos retroactivos a una situación que solo surgió y por ende se hizo exigible cuando se emitió el dictamen que declaró la invalidez. Razón por la cual, esta Sala considera que tener como fecha de la ocurrencia del siniestro la estructuración de la invalidez, contraría el principio de la buena fe, el cual debe estar presente dentro del contrato de seguro, pues en ese momento el señor Rodríguez Rueda no conocía de su estado de invalidez y, por tanto, no podía hacer exigible los derechos derivados del acaecimiento del riesgo amparado.*”

T-557 de 2013³⁴, en un caso en que una aseguradora negó el pago del seguro, con fundamento en las mismas razones previamente expuestas.

(ii) Cuando en el contrato de seguro existen cláusulas ambiguas y estas son interpretadas por la aseguradora en contra del reclamante de la póliza. Así, por ejemplo, cuando en el clausulado no existe un parámetro claro para definir el grado de incapacidad o invalidez del tomador para que se constituya el riesgo, esta Corporación ha considerado que deberá garantizarse como mínimo el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, que la incapacidad supere el 50%³⁵.

(iii) Cuando en materia de seguros de salud, si antes de suscribir un contrato de medicina prepagada o un contrato de seguro médico, la compañía no practica el examen de ingreso, caso en el cual no puede abstenerse de prestar o cubrir un servicio que no aparece expresamente excluido del negocio jurídico, teniendo en cuenta la naturaleza del riesgo que ampara y su pericia en dicha materia³⁶.

Obsérvese como, y así lo entiende esta Sala de Revisión, el citado deber resulta exigible a las aseguradoras como consecuencia de que el tomador manifieste en su declaración de asegurabilidad que padece algún tipo de enfermedad, pues en activación del principio de buena fe, se entiende que el silencio de las compañías sobre el alcance de las coberturas envuelve su decisión de allanarse a asumir aquellos riesgos que no hayan sido expresamente excluidos. En efecto, ante el conocimiento de la condición o estado de salud del tomador, es innegable que las aseguradoras tienen la posibilidad de realizarle algún tipo de examen médico o de revisar su historia clínica, con el objeto de determinar si se celebra o no el negocio jurídico o si hace necesario estipular unas condiciones contractuales distintas. De no ocurrir lo anterior, como ya se dijo y lo ha sostenido la Corte, se concluye que no es posible alegar exclusiones o preexistencias distintas a aquellas que aparezcan explícitamente contenidas en el acto o contrato.

3.4.7. En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras –al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas– deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato³⁷. Esta

³⁴ M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

³⁵ Sentencias T-490 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-007 de 2015, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

³⁶ Concretamente, en la Sentencia T-152 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil, se abordó el caso de una persona que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato, y al que se le tenía que practicar cirugía de “Varicocele Izquierdo”. La aseguradora accionada respondió que el procedimiento no sería autorizado, por cuanto dicha patología era preexistente al ingreso del asegurado y, por tanto, estaba excluida de la cobertura. En criterio de esta Corporación, no era factible que una aseguradora alegara preexistencias en esta clase de contratos, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

³⁷ Sentencias T-832 de 2010, T-222 de 2014 y T-830 de 2014.

exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro, excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de dichas providencias se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos *inter partes* que por regla general tienen las sentencias de tutela³⁸. De ahí que, no puede inferirse *per se* la existencia de una regla sobre la materia, sobre todo si se tiene en cuenta que en este campo rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes –de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos– cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro³⁹.

Por lo anterior, precisamente, es que la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010⁴⁰ y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012⁴¹, en los siguientes términos:

“Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar

³⁸ El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: “Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta”.

³⁹ Así, en la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se expuso que: “(...) [desde] el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes”. Énfasis por fuera del texto original.

⁴⁰ M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

⁴¹ M.P. María Victoria Calle Correa.

exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud⁴². No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”*⁴³.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁴⁴.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición

⁴² Al respecto, en la Sentencia T-751 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa, esta Sala señaló que: *“la jurisprudencia constitucional se ha pronunciado principalmente sobre controversias derivadas de la suscripción de contratos de medicina prepagada, en los que se encuentra inmerso tanto un interés comercial como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Reglas que, posteriormente, y precisamente en torno a la eficacia del derecho a la salud, fueron aplicadas por la Corporación a discusiones asociadas al cubrimiento de contratos de seguros de salud. En escenarios como estos, a la autonomía de la voluntad (fundamento y guía de todo contrato), y la buena fe calificada (aspecto cardinal del contrato de seguros), la Corte añadió la existencia de determinados límites necesarios para la protección de derechos fundamentales, que deben ser asumidos por las empresas aseguradoras, debido al interés público que conlleva el giro de sus actividades. Esos límites se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato.”*

⁴³ Subrayado por fuera del texto original.

⁴⁴ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: *“aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”*

dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁴⁵. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁴⁶.

3.4.8. Por último, si bien algunas Salas de Revisión se han pronunciado de fondo en casos en los cuales las aseguradoras alegan reticencias para negar el pago de pólizas⁴⁷, lo cierto es que en dichos casos siempre se ha preservado la regla sobre la procedencia excepcional de la tutela, vinculada con la necesidad de resolver un problema de naturaleza constitucional, por lo general en el ámbito del amparo de los derechos al mínimo vital, a la salud o a la vida digna.

Para esta Sala de Revisión, la consideración sobre la procedencia excepcional del amparo constitucional en casos de reticencia tiene especial importancia, si se tiene en cuenta que la ocurrencia del citado fenómeno se vincula con la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato, básicamente por desconocer los mandatos del principio de la buena fe y no declarar “*sinceramente*” los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. Por ello, como lo ha señalado la Corte, al prever que su consecuencia es la nulidad relativa del contrato, lo que “*sanciona [es] la mala fe en el comportamiento del declarante.*”⁴⁸

De esta manera, la nulidad relativa del contrato como efecto de la reticencia no ocurre por la sola omisión de información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe. De ahí que esta Corporación haya señalado que “*es deber de la[s] aseguradora[s] probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues*

⁴⁵ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁴⁶ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

⁴⁷ La reticencia está contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio que, en su tenor literal, dispone: “**Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia.** El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. // Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. // Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. //Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.” Subrayado por fuera del texto original.

⁴⁸ Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso”⁴⁹, sin perjuicio –como lo dispone la ley– de advertir que la sanción no aplica si el asegurador, antes de celebrar el contrato, “*conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia*”⁵⁰.

Las controversias que se originan sobre la prueba de la mala o buena fe en que se haya incurrido por el tomador, para efectos de determinar si procede o no la nulidad relativa del seguro, desbordan el ámbito de la tutela y conducen por regla general a su improcedencia, al no tener esta acción las características de los procesos judiciales que se tramitan ante la justicia ordinaria (procesos declarativos), en donde las partes, en igualdad de condiciones, tienen la posibilidad de intervenir, de aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra. Precisamente, por su carácter informal, el amparo constitucional tiene como objeto la protección de derechos fundamentales dentro de un proceso que se caracteriza por su sumariedad y celeridad, lo cual se contrapone desde su misma concepción a un proceso judicial tradicional, en el cual es posible verificar con la certeza propia de una amplia etapa probatoria los elementos volitivos que caracterizan a la reticencia.

De esta manera, a juicio de esta Sala de Revisión, no cabe duda de que la acción de tutela no es la vía idónea para pronunciarse sobre el fenómeno de la reticencia, cuando se brindan elementos de juicio que advierten sobre la existencia de una discusión respecto de la veracidad de las declaraciones realizadas sobre el estado del riesgo y que implican entrar a determinar si se infringieron o no los mandatos de la buena fe. En efecto, en la medida en que en este tipo de casos el asunto adquiere un alcance controversial y litigioso, que desborda el carácter sumario e informal del amparo constitucional, el cual exige un nivel mínimo de certeza o de convencimiento respecto del derecho reclamado, es claro que el amparo constitucional resulta improcedente. Por ello, tal como se reseñó en la Sentencia T-523 de 1998⁵¹ y se reiteró en la Sentencia T-1683 de 2000⁵², es innegable el juez de tutela no puede disponer el reconocimiento u ordenar el pago de “*un derecho incierto y discutible, pues aquello escapa de la órbita constitucional para radicarse en una discusión de rango legal que debe resolverse en la jurisdicción competente*”.

Tan sólo por vía de excepción es posible que el juez de tutela asuma el conocimiento de este tipo de casos, para ello además de advertir la existencia de una discusión de relevancia constitucional, como ha ocurrido hasta el momento, es preciso que se observe con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, concurren los supuestos del derecho solicitado y que, en el fondo, lo que se encuentra es un abuso de la aseguradora en abstenerse de reconocer y pagar un derecho indiscutible, como consecuencia de la ventaja que le otorga su posición contractual privilegiada.

⁴⁹ Ibídem.

⁵⁰ Ibídem.

⁵¹ M.P. Hernando Herrera Vergara.

⁵² M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Así ha procedido esta Corporación, por ejemplo, (i) cuando no se observa una relación cierta de conexidad entre las patologías no declaradas y la posterior invalidez o muerte del asegurado⁵³, o (ii) cuando la aseguradora no brinda ningún elemento de juicio para considerar que las preexistencias fueron conocidas antes de celebrar el contrato de seguro⁵⁴.

3.5. Del examen del principio de subsidiaridad en el caso concreto

3.5.1. De acuerdo con las consideraciones previamente expuestas y respecto del asunto *sub-judice*, le compete a esta Sala de Revisión determinar si se encuentra satisfecho el requisito de subsidiariedad que haga procedente el estudio de fondo de la controversia planteada.

Sobre el particular, es preciso recordar que el señor Alberto Hernando Robles Restrepo celebró un contrato de mutuo con el Banco BBVA por \$ 10.000.000 de pesos en la modalidad de cartera de consumo - línea de libranza, con cuotas mensuales de \$ 230.000 pesos mensuales a un plazo de 72 meses, deuda que amparó con la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 0110043 suscrita con BBVA Seguros de Vida. Según consta en el expediente, el 10 de marzo de 2014 fue calificado con una pérdida del 100% de su capacidad laboral por enfermedad común, con fecha de estructuración coincidente con el día en que se profirió el dictamen.

Como consecuencia de la citada declaratoria, el día 28 de marzo de 2014 el actor presentó ante BBVA Seguros de Vida la reclamación del siniestro correspondiente a la póliza suscrita. No obstante, la compañía aseguradora objetó el pago de la suma asegurada, con fundamento en que el accionante había sido reticente al momento de declarar su estado de salud, toda vez que deliberadamente omitió informar que desde el año 2009 tenía un diagnóstico de gonartrosis y disfonía.

3.5.2. Al analizar las pruebas allegadas en sede de revisión, esta Sala encuentra que la situación planteada por el actor al momento de interponer la acción de tutela no es la misma que en la actualidad se presenta, toda vez que la principal preocupación del accionante radicaba en que aún no le habían reconocido ni pagado la pensión de invalidez a la que tenía derecho, por lo que no recibía ningún tipo de ingreso para sufragar la deuda que había adquirido, ni los gastos para su sostenimiento y el de su familia.

Sin embargo, tal y como él mismo lo manifestó en escrito obrante a folio 15 del cuaderno de revisión, en el mes de agosto de 2014 se le reconoció la pensión de invalidez en un monto de \$ 795.299 pesos, menos el 12% de descuento para el servicio de salud. Lo anterior, aunado a que no existe prueba de que se hubiese iniciado cobros jurídicos para el pago de la obligación

⁵³ Por ejemplo, en la Sentencia T-720 de 2013, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, la Sala Tercera de Revisión consideró que no había lugar a efectuar juicios valorativos sobre la buena o mala fe de la accionante al omitir declarar las enfermedades que padecía, en tanto éstas no tenían el porcentaje suficiente para ocasionar la invalidez de la accionante y las que verdaderamente la invalidaban eran inciertas.

⁵⁴ Sentencia T-393 de 2015, M.P. Myriam Ávila Roldan.

contraída, permite llegar a la conclusión de que no existe una afectación actual de su derecho al mínimo vital. Por lo demás, cabe advertir que la deuda ya no asciende a \$ 10.000.000 de pesos sino a la mitad y que la obligación amparada en este caso es un crédito de libre inversión, por oposición a un crédito hipotecario, cuyo cobro por parte del acreedor pudiese llegar a afectar su derecho a la vivienda digna⁵⁵.

3.5.3. De esta manera, atendiendo a las consideraciones realizadas en torno a la procedencia de la acción de tutela en este tipo de conflictos, además de que no subyace una afectación al mínimo vital o a la vivienda digna, la Sala advierte que en el asunto *sub-examine* tampoco se dan las condiciones de certeza respecto de la prestación reclamada, pues –por el contrario– lo que se encuentra de por medio es una discusión respecto de un derecho litigioso, cuyo ámbito de decisión le compete a la justicia ordinaria.

- Así, en primer lugar, no se observa que la aseguradora demandada haya incurrido en actuaciones arbitrarias, como sucede cuando se pretende hacer valer cláusulas ininteligibles o ambiguas, o cuando –estando en obligación de hacerlo– no realiza los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción de la póliza, en aquellos casos en que contractual o legalmente resulta exigible.

En efecto, por una parte, se advierte que la objeción a la reclamación presentada por el accionante obedeció a la sanción o consecuencia prevista en la ley, por la inexactitud sobre la declaración del estado de riesgo⁵⁶, y no a cláusulas particulares de la póliza, ni al incumplimiento de deberes no pactados al momento de celebrar el contrato. Y, por la otra, se encuentra que la decisión de realizar un cuestionario sobre el estado de salud del accionante, sin proceder con la práctica previa de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica de la condición del asegurado, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio⁵⁷, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración del tomador sobre su estado del riesgo.

- Aunado a lo anterior, en segundo lugar, es claro que el accionante para el año 2009 tenía un diagnóstico de distintas enfermedades como gonartrosis,

⁵⁵ A la misma conclusión ha llegado esta Corporación, en casos similares, en los cuales el accionante recibe una pensión u otro ingreso que desvirtúa una posible afectación del derecho al mínimo vital y en los que además no se prueba siquiera sumariamente que dicho derecho pueda llegar a verse afectado. Entre otras se pueden consultar las sentencias T-086 de 2012, T-328A de 2012 y T-768 de 2013.

⁵⁶ Al respecto, se destaca que la nulidad relativa del contrato de seguro como sanción por la reticencia se contempla en el artículo 1058 del Código de Comercio.

⁵⁷ La norma en cita dispone que: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar". Subrayado por fuera del texto original.

cefalea, dermatitis seborreica, laringitis y disfonía⁵⁸. Ello implica que para el 22 de marzo de 2011, fecha en que suscribió la póliza grupo deudores, conocía que padecía un problema en su rodilla, en su piel y en su aparato digestivo, junto con otras patologías que omitió declarar.

Ahora bien, el accionante sostuvo en su escrito de tutela que la razón por la cual no manifestó básicamente la condición de su rodilla, fue porque en el formato de condiciones generales del seguro no aparecía la obligación de entregar la certificación de la enfermedad que padecía. Sin embargo, en sede de revisión modificó dicha explicación, en el sentido de acusar a la aseguradora de no haber indagado sobre su situación médica, tal y como se desprende del “*Anexo 1 Solicitud/certificado individual seguro de vida grupo deudores póliza No. 0110043*”, en el que aparecen sin respuesta las preguntas relacionadas con su estado de salud.

Del material probatorio obrante en el expediente se advierte que efectivamente en el anexo 1 las preguntas relacionadas con el estado de salud del accionante se encuentran sin contestar. No obstante, se observa que tanto la aseguradora en su contestación, como él mismo en su escrito de tutela, aportaron la copia de una declaración personal de salud, que obra en un documento distinto al anexo, pero que fue suscrito con la finalidad de acceder a la póliza, en el que después de indagarse sobre la ocurrencia de enfermedades concretas⁵⁹, con su firma y huella responde negativamente a la pregunta: “*¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido aludida directamente en el cuestionario?*”.

Así las cosas, esta Sala de Revisión advierte que, en principio, podría existir fundamento fáctico y jurídico para que BBVA Seguros de Vida haya objetado la reclamación de la póliza en comento, pues cabe argumentar, *prima facie*, que se da uno de los supuestos de la reticencia, consistente en que no se declaró con exactitud la condición médica del señor Robles Restrepo, pese a que éste tenía conocimiento de varios padecimientos con anterioridad a la suscripción del contrato. En otras palabras, el accionante no manifestó con precisión todas las circunstancias que determinaban su estado del riesgo, pues omitió advertir enfermedades que, además de concurrir en la invalidez calificada, le fueron diagnosticadas en un momento previo a la adquisición del seguro. Así, por ejemplo, una de las patologías en las que la aseguradora fundamentó la inexactitud en la declaratoria del riesgo por parte del señor Robles Restrepo fue la gonartrosis de rodilla que le había sido diagnosticada desde el año 2009 y que tiene correspondencia exacta con la artrosis de rodilla que le originó el 29.9% de deficiencia en el dictamen de pérdida de capacidad laboral.

⁵⁸ A folios 52 y 53 del cuaderno de revisión, se encuentran extractos de la historia clínica del señor Restrepo Robles que dan cuenta de esa situación.

⁵⁹ El cuestionario se encuentra taxativamente enunciado en el acápite 1.4. de los antecedentes.

Algo similar observa la Sala con las demás condiciones médicas que originaron la declaratoria de invalidez⁶⁰, las cuales presentan algún tipo conexas con las patologías que para el año 2009 ya le habían sido diagnosticadas al señor Robles Restrepo, como ocurre con la posible relación entre la deficiencia por pérdida de fuerza muscular y la “*lumbalgia + ciática*”; entre la deficiencia global de esófago y la laringitis y disfonía; y entre la deficiencia por patología de piel y la dermatitis seborreica.

Con todo, a partir de los elementos que obran en el expediente, no puede determinarse que el señor Robles Restrepo haya faltado a su deber de obrar de buena fe, ni tampoco que el déficit de información que puede advertirse haya provenido de una actuación culposa dirigida a encubrir su estado, pues no existe evidencia de que a partir de los dictámenes médicos y diagnósticos preexistentes hubiese estado en la posición de anticipar la ocurrencia del riesgo que buscó amparar, ni que esa eventual invalidez hubiese sido el móvil para adquirir un préstamo cuyo pago quisiera eludir por medio de la adquisición de un seguro, lo cual se infiere del hecho de que durante casi cuatro años pagó cumplidamente las cuotas de su obligación.

De lo anterior se desprende que en este caso la discusión se centra en un tema principalmente probatorio referente a la existencia o no de mala fe en la declaratoria del estado de salud y en las consecuencias que ello pueda generar, así como en el alcance de esa omisión de veracidad frente a la ocurrencia del siniestro asegurado. Como se observa los anteriores asuntos involucran aspectos probatorios y valorativos de carácter contractual que desbordan el ámbito de la tutela y que se deben ventilar ante la justicia ordinaria, la cual, como se ha dicho, puede dar una respuesta en términos razonables a dicha discusión⁶¹, sobre todo si se tiene en cuenta que el amparo se motivó primordialmente por una supuesta afectación al mínimo vital, a la vida digna y a la salud, por carecer de recursos para pagar el crédito y para satisfacer los gastos de su sostenimiento y el de su familia, aspecto sobre el cual, como ya se explicó, en la actualidad existen los ingresos derivados del reconocimiento y pago de una pensión de invalidez a su favor por un monto de \$ 795.299 pesos.

Por las razones expuestas, en la parte resolutive de esta providencia se procederá a confirmar la decisión del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de

⁶⁰ Deficiencia por pérdida de fuerza muscular (19%), deficiencia global o de esófago (37.5%) y deficiencia por patología de piel (7.4%).

⁶¹ Precisamente, al estudiar como juez ordinario si existió o no buena fe por parte de un asegurado al realizar la declaración del estado del riesgo, la Corte Suprema de Justicia puso de presente la complejidad de dicho análisis en los siguientes términos: “*Quiere decir lo anterior que para evaluar si un sujeto determinado actuó o no de buena fe resulta imperativo examinar, en cada una de las precitadas fases, la conducta por él desplegada, pero de manera integral, o sea en conjunto, dado que es posible que su comportamiento primigenio, en estrictez, se ciña a los cánones del principio rector en cita y ulteriormente varíe, en forma apreciable y hasta sorpresiva, generándose así su inequívoco rompimiento. De allí que la buena fe no se pueda fragmentar, en orden a circunscribirla tan solo a un segmento o aparte de una fase, por vía de ejemplo: la precontractual –o parte precontractual–, ya que es necesaria, como corresponde, auscultarla in globo, según se indicó valorando las diversas oportunidades que los interesados tuvieron para actuar con lealtad, corrección (correttezza) y diligencia, según sea el caso.*” Sentencia del 2 de agosto de 2001 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, exp. 6146, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo.

Valledupar que declaró la improcedencia de la acción, pues como previamente se explicó no satisface el requisito de subsidiaridad.

3.5.4. Ahora bien, pese a que ni el accionante ni el Banco BBVA –quien fue vinculado en sede de revisión por este Tribunal– informan que se haya iniciado un cobro jurídico por parte de este último para el pago del crédito otorgado; lo cierto es que al accionante aún le quedan por pagar \$ 4.964.882 pesos y que, como consecuencia de que fue retirado de su trabajo por la invalidez que le sobrevino, las condiciones iniciales bajo las cuales se obligó a pagar la deuda variaron significativamente, pues al momento de celebrar el contrato de mutuo su salario era \$ 1.372.590 pesos y en la actualidad –como previamente se mencionó– la pensión de invalidez le fue reconocida por valor de \$ 795.299, menos el 12% para la prestación del servicio médico asistencial⁶².

En ese sentido, si bien la Corte reconoce que el cambio en la situación económica del accionante no puede ser imputable de manera alguna al Banco BBVA, quien, por lo demás, al momento de conceder el crédito dispuso unas condiciones que fueron aceptadas por el señor Robles Restrepo; también es cierto que el actor podría ver comprometido su mínimo vital en el futuro, pues debido a la mora en que incurrió desde el mes de febrero, deberá pagar unos intereses adicionales que incrementaran el valor de las próximas cuotas.

Al respecto, cabe recordar que el artículo 95 de la Carta Política consagra el deber de solidaridad en cabeza de todas las personas y ciudadanos⁶³ y que el artículo 1º lo incluye como un principio fundante del Estado Social de Derecho⁶⁴. De estas normas se desprende un parámetro de conducta tanto para los particulares como para el Estado, conforme al cual cada quien debe, desde su posición, hacer efectivo el carácter social del Estado de Derecho, mediante acciones concretas que estén orientadas a lograr la consecución de sus fines, en especial la prosperidad y el bienestar general. Al respecto cabe señalar lo explicado por esta Corporación en la Sentencia T-520 de 2003⁶⁵:

“La solidaridad no sólo es un deber constitucional genérico (C.N. art. 95.2), también es un principio fundamental (C.N. art. 1º). Como principio, la solidaridad imprime ciertos parámetros de conducta social a los particulares, que pretenden racionalizar ciertos intercambios sociales. En el Estado Social de Derecho, el principio de solidaridad cumple la función de corregir sistemáticamente algunos de los efectos nocivos que tienen las estructuras sociales y económicas sobre la

⁶² En la Resolución 3317 de 2014, por medio de la cual el Secretario de Educación del Departamento del Cesar reconoce la pensión de invalidez del accionante, se señalan los salarios por él devengados en los últimos años, incluyendo el valor para el año 2011, momento en el cual adquirió el crédito.

⁶³ “(...) *Son deberes de la persona y del ciudadano: // 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; (...)*”

⁶⁴ “**Artículo 1.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.” Énfasis por fuera del texto original.

⁶⁵ M.P. Rodrigo Escobar Gil.

convivencia política a largo plazo. Por supuesto, la solidaridad, como principio exigible a los particulares, no es un instrumento necesario para garantizar la convivencia política, independientemente del modelo de Estado. Se trata más bien de una construcción histórica, de una herramienta que acogió el Constituyente de 1991, como instrumento normativo consistente con su opción política por el Estado Social de Derecho.”

Este principio de solidaridad se hace exigible como deber de los particulares por dos vías. Una mediante la imposición de mandatos concretos originados en el ejercicio de la función legislativa. Y otra como mandato de optimización que permite la adopción de soluciones jurisprudenciales concretas, con miras –entre otras– a precaver la eventual violación de un derecho fundamental⁶⁶. Por lo demás, este Tribunal ha señalado que este deber es especialmente exigible en aquellos casos en que el particular presta un servicio público⁶⁷, como lo es el servicio bancario⁶⁸. Por ello, cuando el juez de tutela constante una situación en la que el citado deber resulte exigible, con miras a evitar la vulneración o amenaza de un derecho fundamental, se puede mediante la acción de amparo constitucional disponer de su aplicación en concreto, con el fin de asegurar su efectividad y su primacía en el orden interno (CP art. 5).

Este deber de solidaridad de aplicación extraordinaria debe armonizarse con la realidad del caso concreto, en el que se observa que el estado de invalidez del accionante le impide realizar cualquier actividad productiva (100% de pérdida de capacidad laboral) y que pese a recibir una pensión, se produjo una disminución en sus ingresos de casi un 50% frente a los que recibía al momento de celebrar el contrato de mutuo. Este nuevo escenario pone al señor Robles Restrepo en una situación excepcional, pues para pagar cumplidamente el monto de las cuotas mensuales que inicialmente se pactaron por \$ 230.0000 pesos más los intereses por mora, deberá destinar una suma cercana a la mitad de sus ingresos, lo cual podría a futuro generar una afectación en su mínimo vital desde el ámbito cualitativo y posiblemente podría concluir con un proceso de cobro jurídico, lo cual resultaría contrario al citado principio de solidaridad⁶⁹.

Por otro lado, además de la situación económica y personal del señor Robles Restrepo, también se encuentra el interés que tiene el Banco BBVA, en que los deudores paguen cumplidamente sus obligaciones. Para el efecto la entidad bancaria cuenta con la opción de reestructurar los créditos otorgados cuando el mutuario afronta un cambio en su capacidad de pago que le impide cancelar cumplidamente sus deudas. Precisamente, en el Capítulo II de la Circular Básica Financiera se advierte que las entidades bancarias deben contar con

⁶⁶ Sentencia C-237 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

⁶⁷ Sentencia T-246 de 2014, M.P. Mauricio González Cuervo.

⁶⁸ Al respecto, entre otras, se pueden consultar las Sentencias T-520 de 2003, T-419 de 2004, T-212 de 2005, T-676 de 2005 y T-312 de 2010.

⁶⁹ El *mínimo vital cualitativo*, en términos de la jurisprudencia de la Corte, se relaciona con la posibilidad de asegurar un nivel de vida razonablemente cercano al que la persona o familia tenía con anterioridad al acaecimiento de una contingencia, como la vejez o la invalidez. Sobre este punto se puede consultar la sentencia T-1096 de 2012, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

procedimientos dirigidos a maximizar la recuperación de créditos no atendidos normalmente, estando entre ellos la reestructuración. Esta figura se define como *“cualquier mecanismo excepcional, instrumentado mediante la celebración y/o ejecución de cualquier negocio jurídico, que tenga por objeto modificar las condiciones originalmente pactadas con el fin de permitirle al deudor la atención adecuada de su obligación ante el real o potencial deterioro de su capacidad de pago”*. De igual forma, cabe reseñar el Oficio 2000011503 del 29 de marzo de 2000, en el que la Superintendencia Bancaria⁷⁰ señaló que: *“el sector financiero se emplea con frecuencia la expresión ‘refinanciar’ para describir todas aquellas modificaciones introducidas a los créditos con el propósito de recuperar las obligaciones vencidas, es importante señalar que este término no constituye en sí mismo una figura jurídica, sino un concepto comercial y financiero que hace referencia a la introducción de cambios a una relación obligacional, con el propósito de facilitar el pago a un deudor”*.

Por lo anterior, y dadas las circunstancias particulares y específicas de este caso, se ordenará al Banco BBVA realizar un reajuste en el contenido de la obligación contraída con el accionante, en concreto, frente a los intereses y el plazo para pagar las cuotas restantes, siempre que este último esté de acuerdo con dicha modificación. Al respecto, la Sala pone de presente que con esta orden no se está causando un menoscabo económico al Banco, toda vez que – como ya se dijo – no se trata de una condonación de una deuda, sino de una reestructuración como herramienta excepcional que permitirá al actor pagar sus obligaciones en unas condiciones más favorables atendiendo a su situación actual, tanto en el económico como en lo personal, y sin perjuicio de que por la vía ordinaria pueda reclamar la prestación asegurada, cuya controversia no satisface el principio de subsidiaridad de la acción de tutela, según se explicó con anterioridad⁷¹.

En este sentido, se ordenará al Banco BBVA que, en caso de que el accionante manifieste su voluntad en ese sentido, ajuste las cuotas, plazos e intereses que se hubieren pactado en el contrato de mutuo celebrado el 22 de marzo de 2011 y que, en caso de ser necesario, identifique un mecanismo de alivio respecto de las cuotas en mora, así como de los respectivos intereses.

Durante la realización de este proceso, el accionante deberá estar acompañado por el Defensor del Consumidor Financiero de la citada entidad bancaria⁷², con el propósito de que entienda completamente el nuevo acuerdo al que se llegue, así como para verificar que las condiciones a las que se someta el contrato tengan en consideración las diferentes variables que puedan resultar relevantes, entre ellas la situación personal y económica del deudor.

⁷⁰ Hoy Superintendencia Financiera.

⁷¹ Una decisión similar fue adoptada en la Sentencia T-328A de 2012, M.P. Mauricio González Cuervo, en la que tras considerar que pese a que la acción de tutela resultaba improcedente para resolver la controversia contractual surgida con ocasión del contrato de seguro, era necesario precaver la violación del derecho al mínimo vital del accionante a través de la realización de una renegociación o reestructuración de crédito que se pretendía amparar con el seguro.

⁷² La figura del defensor del consumidor financiero se encuentra en la Ley 1328 de 2009, artículo 13, como una institución autónoma orientada a la protección especial de los consumidores financieros.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia del 15 de diciembre de 2014 proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar, en la cual se declaró la improcedencia del amparo propuesto por el señor Alberto Hernando Robles Restrepo.

SEGUNDO.- ORDENAR al Banco BBVA, por conducto de su representante legal o de quien haga sus veces, que dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de esta providencia, se reúna con el señor Alberto Hernando Robles Restrepo, con el propósito de informarle sobre las nuevas condiciones a las cuales se sujetaría el contrato de mutuo, en los términos dispuestos en la parte motiva de esta providencia.

Para ello deberá explicarle lo que dicha modificación implica en términos de plazos, intereses y monto total a pagar. Las nuevas condiciones sólo serán exigibles bajo el supuesto de que el accionante manifieste su consentimiento en ese sentido. Por lo demás, durante la realización de este proceso, el actor deberá estar acompañado por el Defensor del Consumidor Financiero de la citada entidad bancaria, con el propósito de cumplir con los fines dispuestos en el numeral 3.5.4 de esta providencia.

TERCERO.- Por Secretaría General, **LÍBRENSE** las comunicaciones a que se refiere el Artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado
Con aclaración de voto

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO
Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General

**ACLARACIÓN DE VOTO DEL MAGISTRADO
GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
A LA SENTENCIA T-570/15**

Referencia: Expediente 4.931.351

Acción de tutela instaurada Alberto
Hernando Robles Restrepo contra BBVA
Seguros de Vida

Magistrado Ponente:
LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

No obstante que en casos análogos hemos asumido una posición marcadamente protectora del asegurado frente al contrato de seguros, debo aclarar que comparto la decisión⁷³ y ordenes proferidas en el presente asunto, pues, en efecto, según el acervo probatorio acopiado, el demandante tenía pleno conocimiento al momento de la suscripción de la póliza de las enfermedades y padecimientos que lo califican actualmente como invalido. De igual manera, es claro que la Sala Tercera de Revisión, con la orden proferida en el inciso segundo, inequívocamente supeditó la exigibilidad de la obligación contraída por el accionante, pretendiendo proteger su mínimo vital, frente a su pérdida de capacidad del 100% a que medie su consentimiento respecto de las condiciones de financiación del crédito.

Fecha ut supra,

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

⁷³ La Sala Tercera de Revisión confirma la providencia del 15 de diciembre de 2014, en la cual se declaró la improcedencia del amparo.