



REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO SEGUNDO PROMISCOU MUNICIPAL
CIÉNAGA - MAGDALENA

REF.: ACCIÓN DE TUTELA. Instaurada por CECILIA ARRIETA GUERRERO contra LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. RADICADO: 47-189-40-89-002-2022-00114.

Ciénaga, Tres (03) de mayo de dos mil veintidós (2022).-

Procede esta agencia judicial a emitir sentencia dentro de la acción de tutela instaurada por CECILIA ARRIETA GUERRERO contra LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., por la presunta violación de los derechos fundamentales al MINIMO VITAL y DIGNIDAD HUMANA.

PANORAMA FÁCTICO:

Manifiesta la accionante que el día 10 de noviembre de 2021, fue dictaminada con pérdida de capacidad laboral en porcentaje del 53.31%, emanado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena.

Sostiene que el alto porcentaje de la pérdida de capacidad laboral, obedece a DISFONIA, GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL, HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, SINDROME DEL TUNEL CARPIANO y VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES y que las anteriores enfermedades la califican con: deficiencia por alteración de miembros inferiores, deficiencia global por alteraciones de la voz y el habla y deficiencia por pérdida de la agudeza auditiva afectando considerablemente su calidad de vida.

Relata que una vez notificada su pérdida de capacidad laboral y luego de recaudar la historia clínica y documentación necesaria, presentó reclamación ante LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., para que se diera afectación a la póliza de seguro de vida AA001402, por el anexo de incapacidad total y permanente.

Informa que la entidad accionada emitió respuesta de fecha 22 de diciembre de 2021, señalando lo siguiente: *"(...) El artículo 1058 del Código de Comercio establece que: "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. (...) Además, manifiestan que: para la fecha de su ingreso a la póliza, no existía riesgo asegurable, toda vez que la fecha de la estructuración de su invalidez se determinó con*

anterioridad al ingreso a la póliza, por lo tanto, nos encontramos frente a un hecho cierto y conocido”.

Aclara que para el caso de la reticencia, existen reglas claras plasmadas por la Corte Constitucional, para que la aseguradora objete la reclamación o el pago del seguro de vida, como es; demostrar la mala fe y haber realizado el respectivo examen médico antes del ingreso de la póliza. Respecto a la discusión sobre la fecha de estructuración, también existe precedente, como lo es la sentencia T-309A de 2013.

Informa que demostrar la afectación al mínimo vital, resulta ser otro requisito para la procedencia excepcional de la acción de tutela contra compañías aseguradoras y en el presente caso, se demostrará el perjuicio con la siguiente operación aritmética: Ingresos por pensión corresponden a \$2.020.280 1 Tarjeta de crédito banco de Bogotá: \$1.128.000; Recibo público de Gas del Caribe: \$625.744; Recibo público de agua: \$67.540; Recibo público de energía por valor de \$104.390; Comprobante de deuda con Coedumag: \$405.403, para un Total de \$-310.797.

La situación antes descrita dio lugar a que la accionante promoviera la presente acción de tutela, la cual fue admitida mediante auto del 06 de abril de 2022, y notificado a la entidad accionada mediante oficio N° 334 de la misma fecha.

La compañía LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., a través de apoderada judicial, allego escrito, manifestando que no le han vulnerado derecho fundamental alguno a la actora, puesto que se le objeto la reclamación del pago de seguro de vida en atención a que ésta omitió declarar sinceramente su estado de salud dentro de la declaración de asegurabilidad, dentro de la cual no manifiesta tener alguna enfermedad o patología.

Expresan que la inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos, vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito, tal como sucedió en el presente caso, teniendo en cuenta que de acuerdo a la historia clínica y dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, se pudo establecer que desde mucho antes de ingresar a la póliza, la señora Arrieta Guerra ya se le había diagnosticado Enfermedad “trastorno mixto de ansiedad y depresión” y “episodio depresivo moderado”, tal como se evidencia en la documentación aportada. Sin embargo, estas circunstancias no fueron informadas al momento de suscribir las declaraciones de asegurabilidad, lo cual constituye la conducta de reticente de la señora Cecilia Arrieta Guerra, la cual genera inmediatamente la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO, pues de haber conocido esta circunstancia la accionada se hubiera retraído de celebrar el contrato o hubiera estipulado condiciones más gravosas.

Por otra parte, alegan la improcedencia de la presente acción de tutela para reclamar el pago de seguros de vida, pues este asunto debe ser puesto ante

el juez ordinario, por tratarse de la controversia de un contrato de seguro, lo cual torna improcedente el conocimiento del juez constitucional de esta acción de tutela.

Mediante auto de la fecha se requirió a la accionante, para que dentro del termino de dos (2) horas, aportara copia de la póliza de vida que aquí se reclama, carga que cumplió aquella dentro del termino concedido por este despacho.

PRUEBAS APORTADAS

- Téngase como pruebas de la parte accionante, las documentales aportadas en PDF junto con la acción de tutela.
- Téngase como pruebas de la parte accionada y vinculada, las documentales aportadas en PDF junto con las contestaciones a la acción de tutela.

Efectuado el relato fáctico precedente, sin que se observe causal alguna de nulidad que invalide lo actuado, procedamos a proferir el fallo que en derecho corresponda, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES:

La acción de amparo es una herramienta creada por el constituyente primario en el año de 1991, para ser utilizada por cualquier persona con el propósito de reclamar ante los Jueces de la República, la permanencia vertical de sus derechos constitucionales fundamentales cuando éstos resulten vulnerados o amenazados por acciones u omisiones de las autoridades públicas o de los particulares en excepcionales circunstancias.

Presenta la actora como pretensión dentro de la acción de tutela de la referencia que, la entidad enjuiciada proceda al pago de la póliza de seguro de vida No. AA001402, por el anexo de incapacidad total y permanente.

Entremos a revisar la procedencia de la acción de tutela contra compañías de seguro, para reclamar el pago de un seguro, para lo cual es pertinente traer a colación la sentencia T-865/2014, la cual señala lo siguiente:

“Procedencia de la acción de tutela contra compañías aseguradoras para reclamar el pago de un seguro. Reiteración de jurisprudencia.

4. La acción de tutela es un mecanismo previsto en el artículo 86 de la Constitución, a través del cual toda persona puede solicitar el amparo de sus derechos fundamentales. Ante la importancia del objeto que protege, es una acción que se tramita de forma preferente y sumaria. Su naturaleza excepcional implica que sólo se debe acudir a ella cuando se reúnen estrictos requisitos de procedencia, para evitar que el juez constitucional invada órbitas propias de la jurisdicción ordinaria, y para que los asuntos que resuelve sean esencialmente de derechos fundamentales.

Dentro de los requisitos de procedencia, la jurisprudencia de esta Corporación se ha pronunciado, entre otros asuntos, acerca de contra quien se puede interponer la acción de tutela, cuáles asuntos puede resolver por su conducto, y cuáles son las circunstancias específicas del accionante que convierten en procedente la tutela. A continuación, nos concentraremos en dichas situaciones que resultan relevantes para el caso de la referencia.

Acción de tutela contra compañías aseguradoras

5. De acuerdo con el artículo 86 de la Constitución, la tutela se puede interponer contra la acción u omisión de cualquier autoridad pública que amenace o dañe derechos fundamentales. También señala que la ley establecerá cuándo es procedente la acción de tutela por la afectación de derechos fundamentales que provenga de particulares, en razón del servicio público que prestan, o su acción contraria al interés colectivo o a los derechos de quienes se encuentran en estado de subordinación e indefensión.

Al respecto, la Corte Constitucional ha declarado procedentes las tutelas que se interponen contra particulares cuando se cumplen algunos de los dos requisitos señalados. Específicamente en relación con las entidades del sistema financiero, que incluyen las compañías bancarias y aseguradoras, existe amplia jurisprudencia que ha declarado procedente la acción de tutela contra ellas, y ha resuelto de fondo.^[20] Las consideraciones para determinar la procedencia han verificado los requisitos del artículo 86 superior, así: frente al primer requisito relativo a la actividad que desarrollan, la jurisprudencia señala que tales compañías prestan un servicio público, tal como “el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público”^[21]. De allí que, sea posible aceptar que a través de una acción de tutela se demande a una compañía aseguradora o bancaria.

Frente al segundo requisito, relativo a una desigualdad de las partes en las que la entidad financiera actúa frente a una persona en debilidad manifiesta, la Corte ha señalado que si bien se trató de un contrato en el que cada parte libremente suscribe su voluntad para obligarse, algunas circunstancias pueden mostrar una posición de superioridad de las entidades bancarias. Así por ejemplo, ha dicho la Corte que: “son las entidades bancarias las que fijan los requisitos y condiciones de acceso y operación de créditos, las tasas de interés, los sistemas de amortización y, en últimas, depositarias de la confianza pública por el servicio que prestan, por todo lo cual gozan de una posición dominante frente a sus usuario”^[22], y, con base en esta razón, ha admitido la acción de tutela contra dichas entidades “especialmente en aquellos negocios jurídicos originados en el marco de un servicio público, caracterizado por una notoria asimetría entre las partes”^[23].

Ahora bien, ante las empresas aseguradoras, en específico, la Corte ha señalado que también resulta procedente la acción de tutela cuando están inmersos derechos fundamentales amenazados o vulnerados. Así: “si bien los conflictos generados entre estas y los usuarios son de carácter contractual, y por ende la jurisdicción competente es la ordinaria, la acción de tutela puede ser la vía idónea para resolverlos si la disputa presentada vulnera o amenaza derechos fundamentales de los clientes.”^[24]

En muchas ocasiones, esta Corporación ha descrito el carácter de indefensión del asegurado, si la situación particular evidencia asimetría entre las partes contratantes. Ha dicho también que esta diferencia de capacidades, está presente, con frecuencia, en los contratos de adhesión ante las compañías del sistema financiero, en tanto “dentro del mercado y de acuerdo a los servicios que éstos prestan, a los que ordinariamente se accede por adhesión, los particulares suelen encontrarse en estado de indefensión.”^[25]

En todo caso, basta con que se cumpla una de las anteriores situaciones para que sea posible admitir que una acción de tutela se dirija contra un particular. Y en especial, cuando se trata de entidades del sistema financiero, en razón de su función, su acción puede ser objeto de reclamo a través de una acción de tutela. Sólo que además, de acuerdo con las circunstancias concretas, puede concluirse que existe una situación de indefensión. En ese último caso, un indicio de tal situación de indefensión puede ser que se trate de un contrato de adhesión.

Acción de tutela para discutir asuntos de contenido contractual

6. La posibilidad de interponer acción de tutela contra particulares, no implica que todas las controversias reprochadas a tales sujetos, deban ser decididas por esa vía. La premisa de la que parte esta acción, es que a través suyo no se resuelven conflictos de naturaleza contractual, ya que el canal dispuesto para ello es la jurisdicción ordinaria.

En ese sentido, la Corte ha declarado improcedentes algunas tutelas “por tratarse de controversias que se derivan de acuerdos privados celebrados por las partes, que en principio, deberían ser resueltos mediante acciones ordinarias de carácter civil, comercial o contencioso dependiendo del caso particular”^[26].

En efecto, cuando la acción se interpone con el fin de solicitar el pago de un seguro que no ha sido aceptado por la compañía, se presume que la tutela es improcedente, dado que la orden principal que persigue la acción de tutela es reconocer una prestación económica, y existe otra vía para efectuar la reclamación. Así lo expone la sentencia T-738 de 2011 que retoma la T-642 de 2007: “la sentencia T-642 de 2007 sugiere la improcedencia de la acción de tutela en aquellos eventos en los que la aseguradora se niega a efectuar el pago del siniestro dado que ello es, en principio, un asunto que escapa al control de la jurisdicción de tutela”^[27].

7. No obstante, si bien el punto de partida de la jurisprudencia rechaza que a través de la acción de tutela se conozcan y decidan de fondo asuntos contractuales provenientes de negocios jurídicos privados, las providencias de esta Corporación han aceptado que, de forma excepcional, la tutela es procedente, incluso si la orden está encaminada a reconocer la prestación económica de forma definitiva.^[28] La línea divisoria entre una petición con contenido patrimonial que surge de un acuerdo privado y una petición para la protección de los derechos fundamentales, puede resultar difusa. Es posible que la afectación a derechos fundamentales dependa del no reconocimiento de la prestación económica, y, en consecuencia, haga indispensable la intervención del juez constitucional.

En esa medida, la tarea que tiene el juez encargado de resolver la tutela, es examinar si existe un derecho fundamental involucrado en las circunstancias en las que hacen procedente la acción de tutela. Esto, porque la tutela fue creada como un mecanismo de protección de derechos fundamentales, en general, no sólo para ciertos escenarios en los que puedan verse afectados. Entonces, si los derechos fundamentales son amenazados o vulnerados con ocasión de una controversia contractual privada, suscita un interés del Estado, y podría la persona cuyos derechos están en peligro, pedir a través de la tutela, la protección de los mismos. Así lo señaló, por ejemplo, la sentencia T-309 de 2013 en relación con la posible vulneración de derechos fundamentales por parte de las compañías aseguradoras, que “la acción de tutela puede ser la vía idónea para resolverlos si la disputa presentada vulnera o amenaza derechos fundamentales de los clientes.”¹²⁹¹

8. Ahora bien, la jurisprudencia constitucional señala que el objeto de la controversia no debe ser exclusivamente patrimonial, y que la solicitud económica de la tutela debe tener una clara relación con la prevalencia de algún derecho fundamental, en especial, la vida, la salud y el mínimo vital...”

En atención a lo anterior, considera este despacho que se le abre paso la procedencia de la acción de tutela de la referencia, en virtud a que se cumplen con los requisitos de subsidiariedad, toda vez que nos encontramos ante un sujeto de especial protección, como lo es la accionante, señora CECILIA ARRIETA GUERRERO, puesto que fue dictaminada con pérdida de capacidad laboral en porcentaje del 53.31%, según consta en dictamen No. 23029104 – 2057, emanado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, aportado como prueba a esta acción constitucional, quien además padece una serie de patologías, tales como disfonía, gonartrosis primaria bilateral, hipertensión esencial primaria, hipoacusia neurosensorial bilateral, síndrome del túnel carpiano y venas varicosas de los miembros inferiores, aunado a que cuenta con 56 años de edad y se encuentra ante una posible vulneración a los derechos fundamentales, como lo son el mínimo vital y la dignidad humana, toda vez que si bien, recibe una pensión, la misma no es suficiente para solventar sus necesidades básicas, esto de acuerdo a la operación aritmética realizada por la actora atinente a sus obligaciones financieras, lo cual no fue controvertido por la accionada, tal y como quedó demostrado con las pruebas aportadas a esta acción de tutela, además que, también se encuentra satisfecho el requisito de la inmediatez, en atención que entre la respuesta a la reclamación del pago del seguro expedida por LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., que lo fue el día 22 de diciembre de 2021, y la presentación de la acción de tutela, que lo fue el día 05 de abril de 2022, transcurrieron cuatro meses, considerándose este término, como razonable según lo expuesto en múltiples jurisprudencia por la H. Corte Constitucional, abriéndose paso a la procedencia de la presente acción de tutela.

Además de lo anterior, la demandante se encuentra en situación de indefensión frente a la entidad aseguradora demandada, por cuanto ha sido sometida a las condiciones contractuales desiguales que esa misma entidad le ha impuesto en el ejercicio de su posición dominante en el marco del desempeño de sus actividades aseguradoras relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público.

Así las cosas, se observa que la accionante es sujeto de especial protección constitucional, toda vez que, por su estado de salud, discapacidad, difícil situación económica y estado de indefensión, es clara la extrema vulnerabilidad y debilidad manifiesta en la que se encuentra, por lo que, en virtud de la protección especial establecida en el inciso tercero del artículo 13 de la Constitución, resulta imperioso e inaplazable que el juez de tutela resuelva los presentes asuntos de manera definitiva, considerando que someterla a las cargas procesales y a los plazos establecidos en la justicia ordinaria para que se desaten de fondo sus pretensiones, sería desproporcionado dadas sus condiciones específicas y, además, haría nugatoria la protección efectiva e integral de sus derechos fundamentales.

Revisada la procedencia de la presente acción de tutela, pasemos a revisar el problema jurídico que nace dentro de la presente acción de tutela, que es, ¿desconoció LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., los derechos fundamentales de la demandante, por negarse a pagar el seguro que adquirió la accionante, bajo el argumento de incurrir en preexistencia y/o reticencia en el marco del contrato de seguro?

La Corte Constitucional en sentencia T-027/2019, estudio unos casos similares al expuesto por la accionante, la cual traemos a colación para un mejor proveer.

“El principio de buena fe en los contratos de seguro

50. El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

51. El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría^[202]. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.

52. Este criterio toma mayor fuerza cuando, además de existir una situación asimétrica, la parte dominante presta un servicio público, en especial cuando está relacionado con las actividades consagradas en el artículo 335 de la Constitución^[203]. Ello se debe a que los agentes no solo gozan de una posición que les permite fijar las condiciones de los créditos, sistemas de amortización y demás^[204], sino que en ellos se deposita la confianza pública por el servicio que prestan^[205].

53. La aplicación del principio de buena fe con una mayor rigurosidad no implica, sin embargo, que los agentes regulados por el artículo 335 de la Constitución estén sujetos a una restricción absoluta de su libertad contractual. Por el contrario, la jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que es posible establecer unos límites a las actividades financiera y aseguradora, que gravitan dentro de la autonomía privada y la libertad contractual, pero deben desarrollarse en acatamiento de los valores y principios consagrados en la Constitución^[206].

54. La Corte Constitucional ha sostenido que, en materia de seguros, la autonomía de la voluntad no puede constituirse en un abuso de su posición en detrimento de los derechos que acuden a la aseguradora^[207]. Para evitar posibles acciones arbitrarias, esta Corporación ha establecido algunos límites, entre los cuales debe mencionarse la *uberrimae fidae*^[208].

55. Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro^[209], se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial^[210]. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la *pulcritud moral e intelectual*^[211] y; b) un deber concreto de interpretación *pro consumatore*^[212].

56. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual. Asimismo, este deber implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas, que permitan la definición adecuada del contrato de seguro.

57. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que el artículo 83 de la Constitución repudia las conductas arbitrarias tanto del asegurador como del tomador (o asegurado)^[213] y, por ello, deben establecerse las obligaciones necesarias para evitar que dichas conductas se realicen. Para el caso del tomador o asegurado, el Legislador y esta Corporación han reconocido el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo^[214].

58. La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato^[215]. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia.

59. Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica.

60. Por otra parte, este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta^[216]. Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la salud de las personas^[217]. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro –aun si

existiesen antes del mismo–, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas^[218].

61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe^[219]. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato^[220]. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia^[221]. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado^[222]; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales^[223].

62. En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro.

63. La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores^[224].

64. El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella^[225].

65. El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados^[226]y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones

contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado^[227].

67. En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso^[228] y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión^[229].

...

La protección del derecho fundamental al mínimo vital de las personas en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta. Reiteración de jurisprudencia^[232]

83. La jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido el deber constitucional en cabeza de las entidades financieras y bursátiles frente a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, de ser solidarios y considerar la condición que afronta el tomador de la póliza, pues su desatención puede generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar la ocurrencia de un perjuicio irremediable^[233].

84. La jurisprudencia constitucional ha precisado el alcance de la protección especial otorgada a las personas en estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, al exigir la igualdad de derechos y oportunidades de éstas respecto de los demás, sin que exista algún trato discriminatorio por condiciones sociales, económicas, físicas o mentales^[234]. Se ha indicado que esos sujetos de especial protección constitucional de igual forma tienen derecho a que se tomen todas las medidas y acciones encaminadas a garantizar el pleno y efectivo ejercicio de sus derechos fundamentales, así como a recibir un trato especial por parte del Estado, junto con la adopción de las sanciones a que hay lugar frente a los abusos o maltratos que contra ellas se cometan^[235].

85. En cuanto al derecho fundamental al mínimo vital, se ha señalado que presenta dos dimensiones: (i) una dimensión positiva, que refiere a la obligación del Estado y excepcionalmente de los particulares, de brindar las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir dignamente, a las personas que se sitúan en un estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, con el fin de evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano- y, (ii) una dimensión negativa, que prevé un límite mínimo de las condiciones dignas y humanas que merece toda persona, en los términos de la Ley y la Constitución^[236].

De tal suerte que cuando una persona en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta ve amenazado o afectado su derecho fundamental al mínimo vital y a su vez le es imposible protegerlo dadas las condiciones sociales, económicas, físicas o mentales que afronte, la acción de tutela se

convierte en el mecanismo judicial definitivo y adecuado para la protección de dicho derecho, pese a existir otros medios de defensa^[237].

86. Se ha dicho que el derecho al mínimo vital tiene una estrecha relación con otros derechos constitucionales como la dignidad humana y la vida en condiciones dignas, toda vez que “constituye la porción de los ingresos del trabajador o pensionado que están destinados a la financiación de sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional.”^[238]

87. Al respecto, en sentencia T-316 de 2015, este Tribunal señaló “que el concepto de mínimo vital no se reduce a una perspectiva cuantitativa, sino que, por el contrario, es cualitativo, ya que su contenido depende de las condiciones particulares de cada persona. Así, este derecho no es necesariamente equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente y depende del entorno personal y familiar de cada quien. De esta forma, cada persona tiene un mínimo vital diferente, que depende en últimas de la condición socioeconómica que ha alcanzado a lo largo de su vida”^[239]

88. Es claro que la jurisprudencia constitucional protege el derecho fundamental al mínimo vital de las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, por lo que resulta imperioso que, frente a las solicitudes de amparo que formulen aquellos petitionarios que se hallen en tales circunstancias, el juez de tutela, si fuere el caso, debe adoptar las medidas necesarias y conducentes para alcanzar la garantía efectiva de dicha prerrogativa en cada asunto particular, con la observancia de las condiciones sociales, económicas, físicas o mentales en las que se sitúen los solicitantes de la protección.

Caso concreto:

En el asunto de marras, la accionante, señora CECILIA ARRIETA GUERRERO, de 56 años de edad, suscribió seguro de vida No. AA001402, el día 29 de marzo de 2021, el cual cuenta con las coberturas de Vida e Incapacidad Total y Permanente, con la compañía de seguros LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

La accionante fue calificada en su pérdida de la capacidad laboral en un 53.31%, a través de dictamen No. 23029104 – 2057, emanado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, de fecha 10 de noviembre de 2021, con lo cual quedó en incapacidad permanente, razón por la cual solicitó a través de reclamación el pago del seguro contratado con LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., entidad que el día 22 de diciembre de 2021, le negó el pago argumentando reticencia, toda vez que, la asegurada omitió declarar sinceramente su estado de salud al momento suscribir las declaraciones de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

La demandante relató que si bien actualmente recibe una pensión, la misma no alcanza a cubrir todas sus necesidades básicas, pues tiene una serie de

obligaciones financieras que una vez pagadas lo que le resta para su alimentación y manutención son \$310.797, suma esta que resulta insuficiente para subsistir, lo cual aunado a que este punto no fue objeto de controversia por parte de la accionada, nos permite inferir razonablemente la vulneración al derecho fundamental al mínimo vital.

Estudiada la situación fáctica en el marco de las pruebas obrantes en el expediente y especialmente a la luz de los parámetros jurisprudenciales reiterados en la presente acción de tutela, considera el despacho que le asiste razón a la accionante, por los argumentos que a continuación se expresan.

En atención a la póliza de seguro ya mencionada, se tiene que: (i) la misma fue suscrita entre la accionante y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. el día 29 de marzo de 2021; (ii) se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente que llegare a sufrir la asegurada, en este caso la señora CECILIA ARRIETA GUERRERO y (iii) por invalidez se pactó una indemnización correspondiente a \$400.000.000.

Según el dictamen No. 23029104 – 2057, emanado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, de fecha 10 de noviembre de 2021, se le calificó la pérdida de la capacidad laboral a la accionante en un 53.31%, es decir, quedó en incapacidad permanente, lo cual era uno de los siniestros amparados, lo que acaeció durante la vigencia del contrato de seguro, lo cual daba lugar para que la aseguradora cancelará la póliza.

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., decidió negar la indemnización reclamada por la incapacidad total de la tomadora basado en la existencia de reticencia, sin embargo, la aseguradora no cumplió con los requisitos establecidos por la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional, pues en la carta que niega la solicitud no informó: a) si la aseguradora conocía de la historia clínica al momento de la celebración del contrato o al momento de la ocurrencia del siniestro; b) si la aseguradora solicitó autorización a la tomadora a acceder a la historia clínica para contrastarla con la declaración de asegurabilidad y verificar la información suministrada por la tomadora; c) si existen argumentos y pruebas que permitan determinar que la asegurada actuó de mala fe y no informó sobre sus enfermedades a fin de obtener una ventaja, traducida en el pago de la indemnización.

Conforme la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se considera que, si la aseguradora no demostró que hubo un cruce de información con la historia clínica, ella tenía el deber de realizar los exámenes médicos pertinentes, de acuerdo con las reglas derivadas del principio de buena fe aplicables a los contratos de seguro.

En vista de que la aseguradora incumplió con las cargas señaladas, ésta no podía eximirse u oponerse a la obligación de pagar la póliza de seguro cuando la tomadora efectuó el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado, en este caso, la incapacidad permanente.

Así pues, la aseguradora incumplió sus deberes de verificar previo a la toma del seguro por parte de la asegurada, el verdadero estado de salud de aquella, lo cual pudo haber realizado cotejando la historia clínica de la accionante, además que en este caso, no demostró que la accionante haya actuado de

mala fe al omitir la información acerca del estado real de salud, motivos por los cuales no puede ahora negarse al pago de la referida póliza de seguro de vida.

Con fundamento en lo expuesto, este juzgado amparará el derecho fundamental al mínimo vital de la accionante y, en consecuencia, ordenará a la aseguradora cancelar la póliza de seguro suscrita con la señora CECILIA ARRIETA GUERRERO.

Por lo antes expuesto, **EL JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL DE CIÉNAGA, MAGDALENA, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,**

RESUELVE:

1º) TUTELAR el derecho fundamental al mínimo vital y vida digna de la señora CECILIA ARRIETA GUERRERO, con apoyo en lo consignado en la parte motiva de esta providencia.

2º) ORDENAR a **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.,** que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas, siguientes a la notificación de esta sentencia, cancele y/o pague la póliza de seguro suscrita con la señora CECILIA ARRIETA GUERRERO.

3º) NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes utilizando la vía más expedita y eficaz.

4º) En caso de que esta sentencia no sea impugnada por ninguna de las partes, remítase a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

EL JUEZ,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Miguel Vicioso Cogollo', written over a light gray rectangular background.

PEDRO MIGUEL VICIOSO COGOLLO