

SEGURO DE VIDA DEUDORES

PRONUNCIAMIENTOS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL SOBRE LA
PRESCRIPCIÓN Y EL PACTO DE EXCLUSIONES EN ESTA CLASE DE
SEGUROS

RESEÑAS JURISPRUDENCIALES

VERÓNICA RESTREPO SANABRIA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO DE SEGUROS

BOGOTÁ D.C.

2014

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. SENTENCIA T 163 DE 2013.....	4
HECHOS	4
PROBLEMA JURÍDICO	4
PRIMERA INSTANCIA	5
SEGUNDA INSTANCIA	5
SENTENCIA DEL TRIBUNAL	5
CONSIDERACIONES DE LA CORTE	5
DECISIÓN	7
<u>ANÁLISIS</u>	7
2. SENTENCIA T 309A DE 2013.....	10
HECHOS	10
PROBLEMA JURÍDICO	10
PRIMERA INSTANCIA	10
CONSIDERACIONES DE LA CORTE	11
DECISIÓN	12
<u>ANÁLISIS</u>	13
3. SENTENCIA T 662 DE 2013.....	17
HECHOS	17
PROBLEMA JURÍDICO	17
PRIMERA INSTANCIA	17
SEGUNDA INSTANCIA	18
SENTENCIA DEL TRIBUNAL	18
CONSIDERACIONES DE LA CORTE	18
DECISIÓN	20
<u>ANÁLISIS</u>	20

INTRODUCCIÓN

El seguro de vida deudores puede reputarse como una de las garantías con mayor uso en las operaciones de crédito que se realizan en Colombia. Esta tipología del contrato fue diseñada para proteger el patrimonio del Banco ante una posible situación de impago por parte de su deudor, constituyéndolo así como el tomador y beneficiario de las acciones derivadas del mismo.

Sin embargo, poco a poco a través de varios pronunciamientos jurisprudenciales se ha ido entendiendo que esta institución contractual fue creada a su vez en beneficio del asegurado, toda vez que si la aseguradora se reusaba a realizar el pago de la prestación económica, se podría lesionar el derecho a la vivienda digna del deudor o su derecho fundamental al mínimo vital.

Es así como, a partir de mecanismos como la tutela, la Corte Constitucional se ha ido involucrando en la interpretación y alcance del seguro vida deudores con el fin de proteger los derechos fundamentales de los accionantes.

Ahora, el presente documento tiene como propósito presentar un breve análisis sobre las decisiones que ha adoptado la Corte Constitucional frente al seguro en mención, al momento de decidir, en sede de revisión, las acciones de tutela formuladas contra las aseguradoras y los establecimientos bancarios para el pago de la indemnización derivado del amparo de invalidez contenido en dicho seguro.

Particularmente los temas objeto de estudio son: por un lado, en qué momento se entiende configurado el siniestro de invalidez para efectos de contabilizar la prescripción y, por el otro, como deben interpretarse las exclusiones en el marco de las condiciones generales y particulares del seguro.

Para poder identificar las cadenas argumentativas que fundamentan la decisión de la Corte en cada sentencia, se ha realizado una breve descripción de la situación fáctica de cada una de ellas, sus respectivas decisiones de instancia y la resolución que adoptó el alto Tribunal. Finalmente, cada providencia es cerrada con una breve reflexión de las consideraciones de la Corte de cara a la ley, lo que ha sostenido la doctrina y los precedentes de la jurisprudencia.

1. SENTENCIA: CORTE CONSTITUCIONAL

13 de marzo de 2013

Magistrado Ponente: Dr. Jorge Iván Palacio Palacio

Expediente: T-3.686.439

HECHOS:

1. Contrato de Seguro de Vida Deudores con la Aseguradora como garantía a un crédito hipotecario con el Banco.
2. El seguro amparaba el riesgo de muerte del deudor o una incapacidad total y permanente superior al 50%.
3. El asegurado fue calificado con una invalidez de 56.6% a los 74 años de edad.
4. La aseguradora objetó el pago de la indemnización del seguro argumentando que el deudor/asegurado había superado la edad máxima de cobertura al momento de estructurarse la invalidez.
5. Como consecuencia, el asegurado solicitó a la aseguradora copia completa del contrato de seguro para revisar las condiciones del mismo. A la fecha de presentación de la acción de tutela no se le había allegado la información solicitada.
6. El Banco inició proceso ejecutivo en contra del deudor por el no pago de las cuotas del crédito hipotecario.
7. En sede de revisión, la Corte también requirió a la entidad para que allegara todos los documentos relacionados con la póliza de seguro en discusión.
8. La Aseguradora allegó las condiciones generales de la póliza de seguro de vida grupo; las condiciones de licitación de los años: 2000-2003, 2003-2005, y 2006-2008; y cuatro ejemplos de solicitudes individuales al no poder ubicar el certificado individual de seguro del deudor/asegurado.
- 9.

PROBLEMA JURÍDICO:

¿Es aplicable una exclusión que está pactada en el clausulado general aún cuándo en el certificado individual de seguro no se dice nada?

PRIMERA INSTANCIA: Concedió el amparo invocado.

SEGUNDA INSTANCIA: Revocó íntegramente el fallo de primera instancia.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL:

Para fundamentar su decisión, el Juez afirmó que:

1. El accionante cuenta con otros medios de defensa judiciales, como lo son las vías ordinarias ante la jurisdicción civil;
2. No existe la menor noticia sobre una amenaza grave de algún derecho fundamental, que requiera que se tomen medidas urgentes para su protección;
3. Se evidencia el discurrir de un tiempo ostensiblemente amplio y desproporcionado por parte del accionante para acudir en sede de tutela, luego de haber transcurrido más de un año desde el momento en que el accionante obtuvo su dictamen de la junta regional de calificación de invalidez

CONSIDERACIONES DE LA CORTE:

1. La acción de tutela es procedente contra particulares en controversias suscitadas a partir de una relación contractual, cuando el mecanismo ordinario de defensa no sea eficaz, dada su complejidad técnica, costos o tiempos de espera, para salvaguardar un derecho fundamental, especialmente en aquellos negocios jurídicos originados en el marco de un servicio público, caracterizado por una notoria asimetría entre las partes.
2. La actividad aseguradora comporta una relación asimétrica en la cual el asegurado y/o beneficiario se encuentra en una posición de indefensión, por ser la aseguradora quien fija unilateralmente las condiciones del contrato y a su vez por dilatar o esquivar injustificadamente el cumplimiento de sus compromisos.
3. El contrato de seguro es un ejemplo paradigmático de un contrato de adhesión, por lo cual se debe restablecer el equilibrio económico del contrato por medio de unas reglas de interpretación favorables a la parte más débil en casos de ambigüedad o vacíos.
4. En los seguros de vida grupo, normalmente el deudor-asegurado es quien se adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas.

5. A pesar de que el Contrato de Seguro es consensual, el medio idóneo por excelencia para establecer el contrato y sus condiciones con precisión es la póliza la cual está integrada tanto por condiciones generales como por unas particulares que delimitan las especificadas del cubrimiento en relación con una determinada persona.
6. La Ley 1328 de 2009, prohíbe de manera expresa a las aseguradoras la incorporación de cláusulas abusivas en los contratos de adhesión y el ejercicio de prácticas abusivas que puedan afectar el equilibrio del contrato o den lugar a un abuso, como resultado de la posición dominante contractual.
7. Precisamente, la Superintendencia Financiera, mediante la Circular Externa 039 de 2011, identificó como una de estas prácticas proscritas el “[n]o entregar o no poner a disposición de los consumidores copia de los contratos, ni de los reglamentos de los productos o servicios contratados”.
8. Incluso, es una obligación legal de la aseguradora poner a disposición del tomador el contenido de la póliza. (Art. 1046 Código de Comercio)
9. La información suministrada por las entidades a los consumidores financieros tiene por objetivo fundamental equilibrar la situación de indefensión en la que normalmente se encuentra el usuario, empoderándolo en el conocimiento y ejercicio efectivo de sus derechos.
10. En el caso en concreto, procede la acción de tutela toda vez que (i) que el asegurado es sujeto de protección constitucional por encontrarse en estado de invalidez a los 77 años, (ii) que se encuentra ante un perjuicio irremediable e inminente al poder perder la casa como consecuencia del proceso ejecutivo iniciado por el Banco; (iii) que la aseguradora y el banco incumplieron notoriamente el deber de información al asegurado al no proporcionar la información solicitada en los derechos de petición y por lo tanto incurrieron en una práctica abusiva.
11. Al no tener copia de las condiciones en las se suscribió la póliza de vida deudores entre el Banco y La Aseguradora, corresponde al juez de tutela entonces auscultar el contenido y alcance del negocio jurídico.
12. La aseguradora no logró probar la exclusión de acuerdo con la cual, el amparo de invalidez únicamente se encontraba cubierto hasta los 70 años. En los clausulados generales no se encuentra un límite de edad específico para reclamar el cubrimiento del seguro en casos de invalidez total y permanente, sino una remisión a lo que se acuerde específicamente en cada póliza individual.

13. En el certificado individual de seguro se encuentra una casilla en la que se denomina edad de asegurabilidad que "parece ser" el espacio específico destinado a reglamentar la edad máxima de cobertura del seguro, sobre todo si se tiene en cuenta que la edad y fecha de nacimiento del accionante se indagan en un espacio adicional en el acápite dedicado a los datos del asegurado principal
14. Partiendo de una valoración *pro consumatore*, la Sala considera que (i) ante la ausencia de una carátula que establezca un límite máximo de edad de permanencia, (ii) el no diligenciamiento de la casilla correspondiente a la edad de asegurabilidad; y que (iii) los vacíos o ambigüedades en las cláusulas se interpretarán contra quien las redactó, es necesario concluir que el contrato de seguro al que voluntariamente se adhirió el asegurado no contemplaba ningún límite máximo de edad de permanencia.
15. Las cláusulas restrictivas de los derechos de los particulares en sus relaciones con las entidades financieras, deben estar redactadas y consagradas de manera previa, expresa, clara y taxativa, y el acceso a las mismas por parte del consumidor debe garantizarse de forma simple, oportuna y completa.

DECISION:

REVOCA la sentencia de tutela de segunda instancia. ORDENA a la aseguradora al pago del saldo insoluto de la deuda. ORDENA al Banco abstenerse de cobrar al deudor el saldo del crédito. ORDENA al Juez donde se adelanta el proceso ejecutivo que se diera por terminado.

ANÁLISIS

La presente decisión judicial cuenta con una cadena argumentativa coherente en lo que respecta al análisis de la procedibilidad de la tutela contra particulares y el deber de información en cabeza de las aseguradoras de cara al Estatuto de Protección del Consumidor. No obstante, al analizar el caso en concreto, la Corte Constitucional se excede en la interpretación "*pro consumatore*" del clausulado de la póliza e ignora lo preceptuado en el parágrafo del artículo 1047 del Código de Comercio.

En primer lugar, debe anotarse que el presente problema jurídico es eminentemente probatorio, pues la Corte Constitucional intenta develar si en realidad la exclusión del amparo de invalidez para mayores de 70 años estaba pactado en el seguro colectivo.

Dada la imposibilidad de la Aseguradora y del Banco en allegar a la Corte el Certificado Individual del Seguro del demandante, la entidad llega a conclusiones desproporcionadas en cuanto a la interpretación de los términos del contrato.

Según la Corporación, en las condiciones generales de la póliza se establecía la exclusión aludida con la anotación general que establecía "*o cualquier otra edad expresa en la carátula de la póliza para este amparo opcional, por un accidente o enfermedad ocurrido (...)*".

Como no era posible determinar si la carátula de la póliza, o en este caso el certificado individual del seguro establecía una edad diferente, la Corte asumió que la exclusión general había sido alterada en beneficio del asegurado estableciendo una mayor edad para amparar la pérdida de capacidad laboral.

Dicha conclusión contraviene lo establecido en la norma citada del Código de Comercio según la cual: "*En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo*".

En ese orden de ideas, el razonamiento apropiado era que ante la ausencia del certificado individual, las partes debían aferrarse a lo estipulado en las condiciones generales en donde claramente se encontraba formulada la exclusión.

Inclusive, la Corte debió llegar a dicha conclusión si hubiese atendido a la naturaleza y forma de suscripción de esta clase de pólizas como se explica a continuación.

La Corte Suprema de Justicia ha esbozado las características de la clase de clausulados que componen la póliza de seguro en los siguientes términos:

*"Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a **todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro** y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar.*

*De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes."*¹ (Se subraya)

Ahora, la misma Corte Constitucional en la sentencia de tutela reconoce que esta clase de seguros colectivos, el asegurado se adhiere a las condiciones pactadas entre el tomador, dícese el Banco y la Aseguradora. En ese sentido la capacidad de negociación en la póliza de vida deudores por lo general es nula y la posibilidad de establecer condiciones particulares es mínima.

Por lo anterior, si la Corte hubiese tenido en cuenta la manera de negociación de esta clase de contratos y su carácter adhesivo sumado a la clara regla contenida en el parágrafo del artículo 1047 del Código de Comercio, habría concluido que la exclusión si se encontraba debidamente pactada.

¹ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria -. Sentencia del 2 de mayo de 2000. Expediente No. 6291. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

2. SENTENCIA: CORTE CONSTITUCIONAL

23 de mayo de 2013

Magistrado Ponente: Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Expediente: T-3.769.249

HECHOS:

10. Contrato de Seguro de Vida Deudores con la Aseguradora. como garantía a un crédito hipotecario con el Banco.
11. El seguro amparaba el riesgo de muerte del deudor o una incapacidad total y permanente superior al 50%.
12. El asegurado fue calificado el 29 de diciembre con una pérdida del 54.6 % de su capacidad laboral. La Junta de Calificación Regional determinó que la fecha de estructuración de la invalidez fue el 2 de enero de 2006.
13. La aseguradora objetó el pago de la indemnización del seguro argumentando que había operado la prescripción frente a las acciones derivadas del contrato porque el siniestro había ocurrido hace más de seis años en el 2006.
14. Por otro lado, la deudora considera que no debe contarse el término de prescripción desde el momento en que sufrió el infarto sino a partir del momento en que quedó en firme el dictamen de invalidez.
15. Del mismo modo argumenta que no tiene con que pagar las cuotas del crédito por lo cual se encuentra en estado de indefensión y se ve afectado su derecho a la vida digna.

PROBLEMA JURÍDICO:

¿En qué momento se entiende configurado el siniestro en el seguro de vida deudores para el amparo de invalidez? ¿Desde el momento en que se estructura la enfermedad o a partir del momento en que se declara la invalidez para efectos de contar la prescripción?

PRIMERA INSTANCIA: declaró improcedente la acción de tutela al considerar que existen otros medios ordinarios de defensa, pues se trata de controvertir la validez de un contrato de seguro y, por tanto, la pretensión perseguida es netamente económica, razón por la que la acción de tutela no es la vía idónea.

CONSIDERACIONES DE LA CORTE:

16. La acción de tutela es procedente contra las entidades del sistema bancario, a pesar de su calidad de particulares, en primer lugar, por cuanto la relación que se origina entre estas y los usuarios, pone a los segundos en una situación de indefensión, en la cual no tienen la potestad de negociar y de actuar en condiciones de igualdad frente a las primeras y, en segundo término, en razón de que la actividad que tienen a su cargo es un servicio público que se presta a la sociedad.
17. En cuanto a las compañías aseguradoras, 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.
18. La población en situación de discapacidad se encuentra en condición de debilidad manifiesta razón por la que el Estado está en la obligación de llevar a cabo acciones afirmativas en su favor que busquen eliminar cualquier tipo de discriminación y de barrera, más aún cuando esté en riesgo su mínimo vital.
19. Según el artículo 1077 del Código de Comercio le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad. Bajo este esquema de aseguramiento en los seguros privados, por oposición a los de la seguridad social, es claro entonces que lo más importante es la fecha de ocurrencia del siniestro y la demostración de que el mismo efectivamente se presentó con el cumplimiento de los requisitos que fueron pactados en el clausulado contractual.
20. La jurisprudencia constitucional permite establecer límites a la libertad de contratación en materias declaradas constitucionalmente como de interés público y por tanto, no es aceptable, a la luz de los derechos fundamentales de mínimo vital y vida en condiciones dignas, que la negativa al reconocimiento y pago de una prestación derivada de un riesgo asegurado por incapacidad total permanente o la muerte, se fundamente exclusivamente en la libertad de contratar y en una interpretación netamente legal del clausulado contractual.
21. Al señalar la disposición transcrita los parámetros para la determinación del momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho,

independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria.

22. La Ley 100 de 1993 determinó los procedimientos y mecanismos para determinar la pérdida de capacidad laboral de una persona, estableciendo que el estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en la ley y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación.
23. De acuerdo con dicho manual dicho dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte de un afiliado.
24. El dictamen de pérdida de capacidad laboral puede señalar una fecha de estructuración diferente de la fecha en la que éste es proferido, las cuales, sin embargo, pueden coincidir.
25. La Corte ha evidenciado que en la gran mayoría de los casos en los que se presentan situaciones de pérdida de la capacidad laboral de forma progresiva, las Juntas de Calificación establecen como fecha de estructuración de la invalidez aquella en que aparece el primer síntoma de la enfermedad, o la que se señala en la historia clínica como el momento en que se diagnosticó la misma, a pesar de que en ese momento no se hubiere perdido la capacidad laboral.
26. 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 asegurado no conocía de su estado de invalidez y, por tanto, no podía hacer exigible los derechos derivados del acaecimiento del riesgo amparado.

DECISION:

REVOCA las sentencias de tutela de primera y segunda instancia. INAPLICA el artículo 1081 del Código de Comercio específicamente el fenómeno de la prescripción extintiva extraordinaria ORDENA a la aseguradora al pago del saldo insoluto de la deuda. ORDENA al Banco abstenerse de cobrar al deudor el saldo del crédito.

ANÁLISIS

Una vez analizado la *ratio decidendi* de la Corte frente a la presente acción de tutela, puede concluirse que la Corporación acertó en la solución del problema jurídico como se explica a continuación.

En primer lugar, vale la pena acotar que el tema de la prescripción en el seguro de vida deudores, es un tema que no ha escapado al debate, particularmente frente a los siniestros cubiertos por el amparo de invalidez. Dicha discusión principalmente ha girado alrededor del momento en qué debe entenderse configurado el siniestro, pues es a partir del mismo que se define desde cuando empiezan a correr los términos que dan lugar a la extinción de las acciones derivadas del contrato para el beneficiario.

Sobre el particular, el presente caso esboza las dos posturas según las cuales la realización del riesgo asegurable se entiende configurada. Por un lado, algunos sostienen que éste se da a partir del momento en que se origina la invalidez (la fecha de su estructuración), mientras que otros, mayoritariamente sostienen que el siniestro se configura con la calificación que realice la Junta de Calificación de Invalidez.

Por ejemplo reconocidos tratadistas como el doctor Ruben Stiglitz, afirman que la prescripción en el seguro colectivo de vida *"inicia desde que el actor tomó conocimiento cierto de la invalidez total y permanente que lo aqueja"*², entendiendo éste como el momento en que se formaliza la pérdida de capacidad laboral con la calificación del órgano competente donde se adquiere certeza de la condición de discapacidad del asegurado.

Así mismo, la jurisprudencia arbitral basada en lo que ha sostenido la doctrina española ha afirmado que la realización del riesgo en esta clase de seguros comporta varios hechos catalogándose así como un siniestro complejo. En palabras del Tribunal arbitral:

"Si se quiere, el siniestro en este caso no es un hecho simple sino, por el contrario, un hecho complejo, que supone un proceso integrado por varias fases"³ y, por

² Revista Iberoamericana de Seguros No. 9 Seguro de Personas, Seguro colectivo de Vida No. 20, página 122.

³ Joaquín Garriguez, *Contrato de Seguro Terrestre*, Imprenta Aguirre, Madrid, 1992, pág. 553. Este autor, con referencia concreta no al amparo de incapacidad total y permanente sino al seguro de accidentes y a la invalidez, hipótesis que por analogía constituye una buena referencia, alude a que "Se necesita, por tanto, una sucesión encadenada de causas y efectos: el evento fortuito, externo, violento y súbito (suceso desgraciado) produce la lesión corporal (daño físico); y la lesión corporal produce la invalidez o la muerte (desgracias)". En el mismo sentido, Fernando Sánchez Calero, *Ley de Contrato de Seguro, Comentarios a la Ley 50/1980 de 8 de octubre y a sus modificaciones*, Editorial Aranzadi, 2001, página 1948, para quien, también con referencia al seguro de accidentes y a la invalidez, "el hecho de la lesión corporal puede decirse especialmente relevante, pero es insuficiente para la delimitación de un riesgo complejo en el que la posibilidad de un evento dañoso ha de referirse a un proceso que tiene diversas fases, que en tanto en

***ende, en tanto no se complete su realización no se tendrá el siniestro.** El siniestro es, pues, el estado de invalidez que reúna los requisitos establecidos en la póliza, y no el hecho que lo provoca.* "4 (Se subraya y se resalta)

Por otro lado, hay quienes sostienen que, no obstante el seguro de vida deudores se encuentra regulado por las disposiciones del Código de Comercio, debe hacerse una analogía con el tratamiento que la legislación colombiana y, particularmente la Superintendencia Financiera han dado al seguro previsional de la seguridad social.

El Decreto 2555 de 2010 señala que solo con el dictamen puede presentarse la reclamación:

***“Artículo 2.31.1.6.3 Trámite de las reclamaciones:** En desarrollo de lo previsto en el artículo 108 de la Ley 100 de 1993, las sociedades administradoras deberán tramitar ante la respectiva entidad aseguradora de vida con la cual tengan contratado el seguro de invalidez y sobrevivientes, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el dictamen de invalidez quede en firme o se solicite el beneficio en caso de muerte, la reclamación por el aporte adicional necesario para financiar la pensión y el auxilio funerario, en su caso”* (Se subraya)

Mientras para la Superintendencia, el siniestro se entiende acaecido en el momento en que se origina la invalidez, sin embargo, éste solo se hace exigible a la aseguradora una vez la AFP presenta el dictamen de la Junta de Calificación".

Así lo determinó la Superintendencia Bancaria mediante la Circular Externa No. 007 de 1996, modificada por la No. 052 de 2002, numeral 3.2.2.8, donde *señaló que “Se entiende ocurrido el siniestro al fallecimiento o al momento en que acaezca el hecho que origine la invalidez de un afiliado. No obstante, en este último caso, el asegurador sólo está obligado al pago a la declaración en firme de la invalidez.”*

Ahora, de cara al razonamiento expuesto por la Corte, debe anotarse que a pesar de que ésta basa su decisión en la buena fe que asiste a esta clase de negocios jurídicos para fundamentar las razones por las cuales no puede entenderse que el siniestro ocurrió al momento en que se originó la incapacidad, la decisión final tomada por esta entidad acompañó lo ya dicho por la doctrina y la jurisprudencia arbitral.

Acierta la Corte en señalar que al asumir la posición de conformidad con la cual el siniestro ocurre con la fecha de estructuración de la incapacidad, se dificultaría la acreditación de la

cuanto no se completa su realización, no tendremos el siniestro,”. Lo propio Donati, citado por Sánchez Calero.

⁴ Tribunal de Arbitramento de Granahorrar Banco Comercial S.A. contra Royal & Sun Alliance Seguros de Vida (Colombia) S.A., Compañía Central de Seguros S.A. y Compañía Central de Seguros de Vida S.A., de fecha 15 de octubre de 2004.

ocurrencia del siniestro como lo dispone el 1077 del Código de Comercio en cabeza del asegurado, y del Banco pues con el más mínimo síntoma que agrave el estado de salud o la capacidad laboral del deudor, los interesados en el seguro deben avizorar si dicha circunstancia constituye o no un precedente para una posible situación de invalidez.

Dicha situación haría el amparo casi nugatorio, pues como bien lo expone la Corte las enfermedades de invalidez, por lo general son afectaciones físicas o mentales que toman tiempo en manifestarse. Es así que bajo una interpretación "pro efecto" del seguro debe entenderse que el siniestro se configura a partir del momento en que se califica la pérdida de capacidad laboral y a partir de ese momento corren los términos de prescripción previstos en el artículo 1081.

3. SENTENCIA: CORTE CONSTITUCIONAL

23 de septiembre de 2013

Magistrado Ponente: Dr. Luis Ernesto Vargas Silva

Expediente: T-3.921.594

HECHOS:

16. Contrato de Seguro de Vida Deudores con la Aseguradora como garantía a un crédito hipotecario con el Banco.
17. El seguro amparaba el riesgo de muerte del deudor o una incapacidad total y permanente superior al 50%.
18. La asegurada sufrió un infarto de miocardio el 5 de noviembre de 2006, no obstante, solo hasta el 8 de mayo de 2012 fue calificada con una con una pérdida del 80.93 % de su capacidad laboral. La Junta de Calificación Regional determinó que la fecha de estructuración de la invalidez fue el día que sufrió el infarto en el año 2006.
19. La aseguradora objetó el pago de la indemnización del seguro argumentando que había operado la prescripción frente a las acciones derivadas del contrato porque el siniestro había ocurrido hace más de seis años en el 2006.
20. Por otro lado, la deudora considera que no debe contarse el término de prescripción desde el momento en que sufrió el infarto sino a partir del momento en que quedó en firme el dictamen de invalidez.
21. Del mismo modo argumenta que no tiene con que pagar las cuotas del crédito por lo cual se encuentra en estado de indefensión y se ve afectado su derecho a la vida digna.

PROBLEMA JURÍDICO:

¿En qué momento se entiende configurado el siniestro en el seguro de vida deudores para el amparo de invalidez para efectos de contar la prescripción? ¿Desde el momento en que se estructura la enfermedad o a partir del momento en que se declara la invalidez?

PRIMERA INSTANCIA: negó la acción de tutela impetrada, por considerar que no cumplía con el requisito de subsidiariedad.

SEGUNDA INSTANCIA: La decisión fue confirmada con base en el mismo argumento, relativo al no cumplimiento del requisito de subsidiariedad.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL:

Para el Juzgado, existen otros mecanismos para discutir esta controversia, como por ejemplo, la Justicia Ordinaria.

CONSIDERACIONES DE LA CORTE:

27. Las entidades del sistema financiero, particularmente las aseguradoras, son prestadoras de un servicio público y los usuarios se encuentran en posición de indefensión respecto de ellas. En consecuencia, es perfectamente viable que sean objeto de control judicial vía tutela, cuando quiera que con sus acciones u omisiones atenten o pongan en peligro los derechos fundamentales de las y los ciudadanos.
28. La procedencia de la acción de tutela no se constata exclusivamente cuando el actor cuente con algún medio de defensa. El requisito de subsidiariedad se cumple si el juez encuentra que el actor pese a contar con otros recursos, no son idóneos ni tienen la virtualidad de producir los efectos esperados. Aunque siempre procederá, como mecanismo transitorio, cuando exista la amenaza de un perjuicio irremediable.
29. Cuando de los elementos del caso se concluya que la persona que solicita el amparo es un sujeto de especial protección, dicho análisis se hace más flexible para el sujeto pero más riguroso para el juez.
30. Las controversias surgidas de los contratos de seguro de vida grupo de deudores adquieren relevancia constitucional cuando se vulneran derechos fundamentales tales como la vida, el derecho a la vivienda digna y el mínimo vital.
31. A pesar de encontrarse frente a un asunto en el marco de una relación contractual, al tratarse de una persona en condición de invalidez, el resultado de esa controversia podía afectar los derechos fundamentales del accionante. En efecto, la negativa de la aseguradora de pagar la póliza constituye una violación a los derechos fundamentales del accionante pues al encontrarse en condición de vulnerabilidad, su derecho al mínimo vital se puede ver altamente expuesto a sufrir un perjuicio.
32. La prescripción es una de las cargas procesales que el presunto titular del derecho debe soportar. Esta carga consiste en tener que acudir oportunamente al aparato judicial, antes de perder el derecho.

33. En la prescripción ordinaria del 1081 del Código de Comercio comienza a contar desde que la persona *razonablemente* pudo conocer el hecho que da origen a la acción (el siniestro).
34. Existen situaciones en las que los efectos del siniestro o bien pueden manifestarse silenciosamente o sencillamente, requieran la valoración de un especialista para que el afectado pueda darse cuenta, como ocurre en el caso del estado de invalidez. En esos eventos, no es lógico exigirle a una persona imaginarse su condición y porcentaje de incapacidad. Mucho más si se toma en cuenta que es requisito indispensable para la reclamación de la póliza, demostrar científicamente que existe una pérdida de la capacidad laboral para que la aseguradora pueda, como es apenas natural, cumplir con sus obligaciones contractuales.
35. Cuando las o los asegurados (i) se encuentren en condición de invalidez (ii) no tengan capacidad económica ni fuentes de ingresos suficientes para cubrir la obligación, (iii) su interés no sea exclusivamente patrimonial y, finalmente, (iv) necesiten el certificado médico experto que acredite su grado de incapacidad y la fecha de estructuración de la invalidez. Allí, solo es aplicable la prescripción ordinaria pues la extraordinaria implica consecuencias negativas en el goce de derechos fundamentales de sujetos de especial protección que no fueron negligentes sino que se encontraban en imposibilidad de presentar su reclamación.
36. Aunque la condición de invalidez es un factor muy importante para la procedencia material del amparo, en muchas ocasiones puede que no sea suficiente. Debe evaluarse en el marco de las demás circunstancias acreditadas en el caso concreto, De no ser así, la excepción se convertiría en la regla haciendo inoperante la prescripción extraordinaria del artículo 1081 del Código de Comercio.
37. La fecha a partir de la cual empieza a correr la prescripción es la fecha de estructuración de la invalidez, en esa medida si se aplicara la prescripción extraordinaria, la acción ya hubiese prescrito. Pero si se aplicará la ordinaria aún no habría fenecido el término. Es así como existe una contradicción entre dos principios, el de la seguridad jurídica por un lado y el por otro, los derechos de la accionante al mínimo vital y vivienda digna.
38. Como existe un mayor grado de afectación de los derechos de fundamentales al mínimo vital y vivienda digna de la asegurada, el principio de seguridad jurídica deberá ceder en el presente caso para dar protección a la persona en estado de invalidez.

DECISION:

REVOCA las sentencias de tutela de primera y segunda instancia. INAPLICA el artículo 1081 del Código de Comercio específicamente el fenómeno de la prescripción extintiva extraordinaria ORDENA a la aseguradora al pago del saldo insoluto de la deuda. ORDENA al Banco abstenerse de cobrar al deudor el saldo del crédito.

ANÁLISIS

El presente fallo de tutela constituye un gran desacierto por parte de la Corte Constitucional la cual, al darle prioridad a la protección de las personas en estado de discapacidad desconoció la prescripción extraordinaria contenida en el artículo 1081 del Código de Comercio.

La Corte parte de la base que el siniestro que afecta el amparo de invalidez en los seguros de vida deudores tiene lugar al momento de estructurarse la enfermedad. En esa medida, centra la discusión sobre qué prescripción debe operar, si la ordinaria o la extraordinaria, determinando que el principio de seguridad jurídico y lo dispuesto en el artículo 1081 del C.Co. deben ser sacrificados en favor de la protección constitucional de las personas en estado de indefensión.

La conclusión de la Corporación es un contrasentido pues la misma disposición citada establece que la prescripción objetiva "*correrá contra toda clase de personas.*" Precisamente, la jurisprudencia colombiana ha explicado que la prescripción extraordinaria es un caso determinado en el que el legislador quiso darle un carácter definitivo a la extinción de las acciones derivadas del contrato de seguro que ni siquiera el postulado de contra quien no puede ejercitar una acción no corre la prescripción" (*contra non valentem agere, non currit praescriptio*) puede controvertir.

En palabras de la Corte Suprema de Justicia:

*Quiere decir lo anterior, que al contrario de lo que acontece en un apreciable número de naciones, el legislador colombiano, ex profeso, le dio carta de ciudadanía a una prescripción (la extraordinaria) **fundada en razonamientos absolutamente objetivos, haciendo, para el efecto, tabla rasa de aquel acerado y potísimo axioma de raigambre romana, conforme al cual “contra quien no puede ejercitar una acción no corre la prescripción”** (*contra non valentem agere, non currit praescriptio*), (...).⁵*

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia de fecha 3 de mayo de 2000. Magistrado Ponente: Nicolás Bechara Simancas.

Lo anterior también fue reiterado en la sentencia del 29 de junio de 2007 donde la Corte afirma, con ponencia del entonces magistrado Carlos Ignacio Jaramillo que la prescripción de carácter extraordinario "*se muestra netamente objetiva, como quiera que, in toto, se torna refractaria a cualquier consideración de otro tipo*". (Se subraya y se resalta)

La Corte Constitucional desconoce por completo estos pronunciamientos y a través de una elujubración constitucional sobre la especial protección a las personas en estado de invalidez configura una excepción sobre la no aplicación de la prescripción extraordinaria.

De la misma forma, la Corte ignora los pronunciamientos anteriores, tales como la Sentencia T-309A de 2013, donde la misma entidad ya había adoptado la posición que el siniestro debe entenderse acaecido al momento de calificar la invalidez y no al momento de su estructuración. Si se hubiese seguido el precedente, no habría sido necesario ahondar en el examen de si la prescripción objetiva resultaba o no aplicable.

En ese orden de ideas, fue un error de la Corte Constitucional abordar el problema jurídico desde la institución de la prescripción y no desde la noción de siniestro, pues la conclusión a la que llega es abruptamente absurda de cara a lo que la ley y la jurisprudencia señalan entorno a la prescripción extraordinaria del artículo 1081 del Código de Comercio.