

BOLETÍN JURÍDICO

Noticias más importantes del sector- Tercer Trimestre 2023



INDICE

PUNTOS CLAVES DE LA REFORMA DE LA SALUD

EL SINIESTRO Y LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SEGUROS DE CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES LEGALES POR IMPOSICIÓN EN SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN TRÁMITES ADUANEROS:

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y LOS SEGUROS PARAMÉTRICOS:

RETICENCIA EN EL CONTRATO DE SEGURO

CONTROVERSIAS CONTRACTUALES - CLÁUSULAS EXCEPCIONALES EN CONTRATOS DE DERECHO PRIVADO

EL RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES IMPOSIBILITARÍA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS PACTADAS:

NULIDAD RELATIVA EN LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA:

Puntos clave de la Reforma a la Salud:

El Gobierno Nacional presentó ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley 339 de 2023 que busca transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dentro del proyecto presentado, se destacan las siguientes propuestas de reforma:

1. El Estado será quien administre los recursos: En virtud del Artículo 60 del Proyecto de Ley, se establece que la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES será la encargada de administrar los recursos del sistema, siendo el único pagador. Dicha entidad podrá hacer giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

La novedad con este proyecto es que se transformarían las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Estas han operado hasta el momento como intermediarios entre los prestadores de servicio y los ciudadanos. Con este cambio, se haría una transición a un sistema de pagos centralizado.

2. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS): Con la reforma, se busca que la APIRS se implemente en su totalidad, con el fin de garantizar un adecuado nivel de atención en salud para todos los colombianos. Lo anterior en una clara búsqueda principalmente de la prevención de la enfermedad, posterior cuidado y restablecimiento de la salud en su totalidad de los usuarios del sistema.

3. Las EPS pasarán a ser Gestoras de Salud: Se establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) pasarán a ser Gestoras de Salud y Vida, en virtud del Artículo 49 de la reforma. Las EPS tendrán plazo de dos años para hacer la transición, sin embargo, dicha reforma no implica su liquidación, sino que se trata de un proceso de disolución. Las EPS que cumplan con los requisitos y pretendan convertirse en Gestoras de Salud y Vida, se sujetarán a las directrices de la Adres.

Las gestoras de salud se encargarán de atender casos de mediana y alta complejidad: en los Artículos 53 y 54 se establece que hasta el 5 % del valor per cápita de la población adscrita a los Centros de Atención Primaria.

4. Sistema público único integrado de información en salud– SPUIIS: Este sistema se encargará de contener información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias de todas las transacciones económicas del Sistema de Salud, para facilitar la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, y también contará con datos abiertos para la gestión integral del Sistema y la rendición de cuentas. Con esta reforma se busca garantizar transparencia y acceso en línea y tiempo real de dicha información. La responsabilidad frente al diseño y desarrollo de este sistema estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Los médicos pasarían a ser trabajadores estatales de la salud. En el Artículo 46 se establece que los empleados públicos, los cuales tengan derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, podrían conservar el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

6. Compra de medicamentos y tecnologías en salud: Se brindaría la posibilidad de realizar la compra de medicamentos o tecnologías de mayor consumo, a través de la figura de la subasta pública para cada vigencia. Lo anterior con miras a la planificación de la producción por parte de las empresas productoras.

7. Financiación a partir de Parafiscales y Soat: En virtud del Artículo 19, los recursos para sostener el Sistema de Salud se obtendrán de los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial.

8. Régimen disciplinario: Se establecería un régimen disciplinario especial para el sector de la salud que incluya las sanciones penales y disciplinarias tanto para entidades públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud y también a las personas que intervienen en dicho proceso.

Actualmente, de conformidad con la Presidencia de la República, el Proyecto de Ley avanza en la plenaria de la Cámara de Representantes en su segundo debate y superó el análisis y votación de los impedimentos, una ponencia negativa e incluso la solicitud de su aplazamiento.

El siniestro y la Prescripción en los Seguros de Cumplimiento de disposiciones legales por imposición en sanciones Administrativas en trámites aduaneros:

La Sección Primera del Consejo de Estado, en sentencia del 29 de junio de 2023, resolvió el recurso de apelación interpuesto por una Compañía Aseguradora en contra de la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia — Sala de Descongestión — Sala Primera de Decisión — el 21 de octubre de 2015, mediante la cual se declaró parcialmente probada la excepción de cosa juzgada y se denegaron las pretensiones de la demanda relacionadas con la ejecución de la póliza de cumplimiento de la Compañía Aseguradora.

La Aseguradora, en ejercicio de la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, presentó demanda en contra de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, con el objeto de que se declare la nulidad de los siguientes actos administrativos:

1. “Mediante resolución del 3 de marzo de 2008, por medio de la cual la Jefe de la División de Liquidación de la Administración Especial de Aduanas de Buenaventura impone sanción a un declarante en el régimen de importación y se ordena hacer efectiva una póliza de Seguros por valor de \$2.237.637.237,30.

Una resolución del 25 de Junio de 2008, por medio de la cual la Jefe de la División Jurídica de la Administración Especial de Aduanas de Buenaventura resuelve el recurso de reconsideración interpuesto contra la Resolución del 3 de marzo de 2008, confirmando en todas partes.

2. A título de restablecimiento del derecho, pidió:«[...] se ordene la devolución inmediata de los dineros que la Aseguradora deba pagar a la DIAN en el evento de adelantar un cobro coactivo en virtud de estas injustas actuaciones y adicionalmente que se condene en costas y gastos del proceso a la DIAN [...]”

Reglas respecto del siniestro y la prescripción en las pólizas de cumplimiento de disposiciones legales

El siniestro en las pólizas de cumplimiento de disposiciones legales en materia aduanera, se materializa: Al momento del incumplimiento de las obligaciones legales aduaneras, caso en el cual el acto administrativo es declarativo y la póliza que ampara el riesgo será la vigente al momento de la ocurrencia del siniestro. Con la firmeza del acto administrativo que impone la sanción y ordena pagar a la Aseguradora la suma correspondiente, caso en el cual el acto administrativo es constitutivo y la póliza que ampara el riesgo será la vigente al momento de la firmeza del acto administrativo. En todo caso, la materialización del siniestro, conforme con las reglas anteriores, dependerá del contenido del contrato de seguro y de la norma que ordena la constitución de la garantía.

En el evento en que el siniestro se materialice con el incumplimiento de las obligaciones legales aduaneras, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de cumplimiento de disposiciones legales en materia aduanera empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del siniestro que da lugar a la acción. El término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de disposiciones legales no correrá, en el evento en que el siniestro lo constituya la firmeza del acto administrativo que impone la sanción.

Por lo anterior, la Sala consideró que el establecer cuándo debe entenderse ocurrido el siniestro y qué hecho o situación fáctica lo ocasiona, dependerá de las normas que ordenan la constitución de la garantía y, además, del contenido de la póliza de seguros, en la medida en que aquel documento precisa y delimita los riesgos asumidos por el asegurador, que para el caso de las sanciones, ocurrirá con el acto administrativo ejecutoriado y en firme que la imponga, como acto constitutivo que es.

La Sala finalmente decidió unificar la jurisprudencia de la Sección Primera del Consejo de Estado respecto del siniestro y en lo concerniente a la prescripción en las pólizas de cumplimiento de disposiciones legales en materia aduanera, en el sentido de consagrar las siguientes reglas:

1. El siniestro en las pólizas de cumplimiento de disposiciones legales en materia aduanera, se materializa:
 - 1.1. Al momento del incumplimiento de las obligaciones legales aduaneras, caso en el cual el acto administrativo es declarativo y la póliza que ampara el riesgo será la vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.
 - 1.2. Con la firmeza del acto administrativo que impone la sanción y ordena pagar a la aseguradora la suma correspondiente, caso en el cual el acto administrativo es constitutivo y la póliza que ampara el riesgo será la vigente al momento de la firmeza del acto administrativo.
 - 1.3. En todo caso, la materialización del siniestro, conforme con las reglas anteriores, dependerá del contenido del contrato de seguro y de la norma que ordena la constitución de la garantía.

2. En el evento en que el siniestro se materialice con el incumplimiento de las obligaciones legales aduaneras, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de cumplimiento de disposiciones legales en materia aduanera empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del siniestro que da lugar a la acción.

El término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de disposiciones legales no correrá en el evento en que el siniestro lo constituya la firmeza del acto administrativo que impone la sanción.

Por último, la Sala revocó la sentencia del 21 de octubre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia -Sala de Descongestión- Sala Primera de Decisión, en tanto declaró parcialmente probada la excepción de cosa juzgada respecto de los cargos relacionados con la imposición de la sanción, por parte de la DIAN.

Fuente: Consejo de Estado – Sección Primera exp. 2008-00846-01 – Sentencia del 29 de junio de 2023.



El Plan Nacional de Desarrollo y los Seguros Paramétricos:

En primer lugar, los Seguros Paramétricos se refieren a “contratos de seguros cuyos pagos se realizan en función de la intensidad de un evento y el monto de la pérdida calculada en o por un modelo y con datos previamente previstos. Estas coberturas de seguro parametrizadas o paramétricas pueden ser emitidas a través de un contrato de seguro o reaseguro, así como a través de la emisión de un derivado financiero como un bono catastrófico”.

Por lo anterior, podemos indicar que en el Seguro Paramétrico es preciso contar con:

1. Un área determinada de cobertura, puede ser geográfica o de un grupo poblacional
2. Parámetros que provengan de escalas verificables.
3. El riesgo entendido como daño o perturbación que puede ocurrir para alcanzar dicho parámetro.
4. El monto indemnizatorio, el cual se establece a partir de bases históricas y estadísticas sobre el área de cobertura o áreas equiparables.

Así las cosas, los Seguros Paramétricos son una buena alternativa para la cobertura de riesgos catastróficos o masivos y también para riesgos donde su determinación individualizada resultaría imposible o demasiado costoso para otorgar la cobertura.

Ahora, en los últimos 20 años se ha debatido ampliamente sobre la legalidad y comercialización de estos Seguros Paramétricos conforme a lo estipulado en el Código de Comercio que regula los contratos de seguro.

Sobre el particular, el Seguro Paramétrico únicamente estaba permitido en los seguros Agropecuarios, en virtud del Artículo 176 de la Ley 1955 de 2019, que establece de manera expresa que dichos seguros agropecuarios podrían suscribirse bajo la modalidad Paramétrico o por índice.

Sin embargo, con el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 se ratificó la viabilidad de los Seguros Paramétricos en Colombia, ya que los Artículos 241 al 243 del PND, modificaron Artículos relacionados tanto en el Código de Comercio como en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, sobre el contrato de seguro y las Aseguradoras, de la siguiente forma:

- El Artículo 241 del Plan Nacional de Desarrollo adicionó el numeral 4 al Artículo 183 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual quedó de la siguiente manera: “Seguro paramétrico o por índice. Las entidades aseguradoras podrán ofrecer seguros bajo la modalidad de seguro paramétrico o por índice en los que el pago, por la ocurrencia de un suceso incierto, se hará exigible ante la realización de uno o varios índices definidos en el contrato de seguro. El índice o los índices deberán estar correlacionados con el riesgo asegurado y la cuantía del pago por la ocurrencia del mismo corresponderá al monto predeterminado en la póliza. El Gobierno nacional podrá establecer condiciones adicionales para el funcionamiento del seguro paramétrico o por índice”.
- El Artículo 242 del PND adicionó el inciso segundo al Artículo 1088 del Código de Comercio, relacionado con la naturaleza indemnizatoria del seguro, indicando que en el seguro paramétrico, el pago de la indemnización “se hará efectivo con la realización del índice o los índices definidos en el contrato de seguro”. De esta forma, se deja claro que la indemnización no constituye fuente de enriquecimiento.
- Por su parte, el Artículo 243 adicionó el inciso tercero al Artículo 1077 del Código de Comercio, en relación con la obligación del asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro, plasmándolo de la siguiente forma: “En el caso de los seguros paramétricos o por índice, la ocurrencia del siniestro y su cuantía quedarán demostrados con la realización del índice o los índices, de acuerdo con el modelo utilizado en el diseño del seguro y definido en el respectivo contrato”.

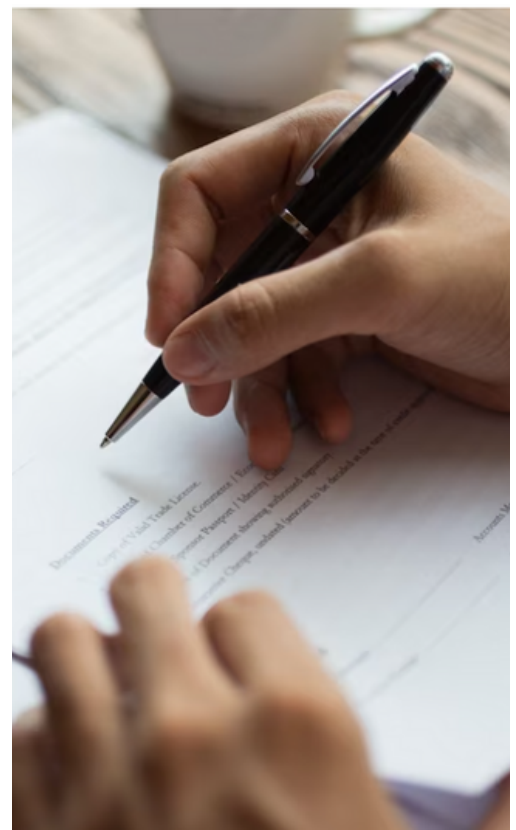
Con estas modificaciones realizadas por el Plan Nacional de Desarrollo, se abre un espacio importante para la comercialización de este tipo de Seguros por parte de las Aseguradoras, ya que no solamente va a permitir los Seguros Paramétricos para los seguros Agropecuarios, sino también para un espectro mucho mayor en el cual se podrían incluir riesgos cibernéticos o de construcción.

Fuentes: Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026.

Controversias Contractuales - Cláusulas Excepcionales en Contratos de Derecho Privado

El 10 de julio de 2000, Las Partes suscribieron un contrato cuyo objeto fue el “cambio de medidores y tapas para cajas de medidores, corte y reinstalación de acometidas de acueducto, construcción de acometidas de acueducto y alcantarillado, y cambio de acometidas de acueducto” en diferentes zonas atendidas por una Entidad Prestadora de Servicios Públicos en el departamento de Antioquia, a precios unitarios, con un plazo de ejecución de 545 días.

La ecuación económica del contrato se desequilibró debido a que el alcance real de las obras fue inferior al previsto por La Entidad y, por ende, El Contratista nunca logró el promedio de ejecución esperado y los ingresos previstos; además, La Entidad le exigió al Contratista disponer mayores recursos en obra para agilizar los trabajos (un carro adicional de instalaciones con conductor, encargado, 8 trabajadores y un sistema de radiocomunicaciones) por un plazo mínimo de dos meses, presentó demoras en el pago de las actas de obra ejecutada y desconoció instalaciones múltiples de acometidas realizadas “en una sola brecha”, lo cual generó diferencias en contra del contratista que no fueron compensadas ni reconocidas.



En abril de 2001 La Entidad impuso multas al contratista por reducción en los recursos de obra y atrasos en la atención de algunos ítems. Por su parte, el 21 de mayo de 2001, la misma entidad expidió la Resolución una resolución por medio de la cual declaró la caducidad del contrato y luego lo liquidó unilateralmente, mediante las resoluciones demandadas.

La entidad contratante declaró la caducidad del contrato y lo liquidó unilateralmente por lo cual la contratista y la aseguradora del contrato demandaron, separadamente, la nulidad de las referidas decisiones, y los dos procesos se acumularon en primera instancia.

El 25 de mayo de 2012, el Tribunal Administrativo de Antioquia negó las súplicas de la demanda con sustento en las razones de que el contrato incluía cláusulas excepcionales que se incorporaron debidamente en el pliego de condiciones, era de aquellos en los cuales estas son obligatorias según la reglamentación vigente expedida por la CRA y, por ende, La Entidad tenía competencia para ejercerlas, no se probó incumplimiento contractual por parte de la Contratante y fue el Contratista quien suspendió unilateralmente los trabajos y el amparo de anticipo cubría a la entidad respecto de la no amortización del anticipo.

En el término legal, los demandantes y la Aseguradora apelaron con el fin de que se revocara la sentencia de primera instancia y, en su lugar, se acogieran a sus respectivas pretensiones de las demandas.

La Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección B – Consejo de Estado confirmó parcialmente la sentencia adversa a las pretensiones, por cuanto (i) La Entidad era competente para declarar la caducidad del contrato, debido a que en el pliego de condiciones se previó la inclusión de cláusulas excepcionales; (ii) no se desvirtuaron las razones que esgrimió La Contratante como fundamento de la declaratoria de caducidad ni se acreditó la desviación de poder alegada; (iii) el eventual desequilibrio económico del contrato no releva al contratista del cumplimiento de sus obligaciones contractuales; (iv) las partes acordaron que La Contratante podía liquidar el contrato; (v) se surtió el procedimiento previsto para tal efecto y, (vi) no se probó que el cruce de cuentas dispuesto por La Entidad sea contrario a la realidad de la ejecución del contrato, pero modificó la decisión de primera instancia y anuló parcialmente las decisiones demandadas porque a través de estas se ordenó hacer efectivo el amparo de anticipo del contrato por la no amortización de este, riesgo que la Aseguradora no amparó, frente a lo cual se dispuso el correspondiente restablecimiento del derecho.

Adicionalmente argumentó que las cláusulas excepcionales fueron debidamente pactadas y no hay evidencia de que dicho pacto hubiera desconocido las condiciones que para esa época imponía el reglamento general expedido por la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico, razón por la cual no hay sustento para cuestionar la competencia de la demandada para decretar la caducidad del contrato.

No hay prueba de que la declaratoria de caducidad se hubiera motivado en hechos contrarios a la realidad y, además, la entidad intentó compeler al contratista, aunque sin éxito, para que cumpliera sus obligaciones. Tampoco se acreditó la ausencia de los supuestos legales para declarar la caducidad, porque el incumplimiento del contratista no solo amenazaba con paralizar la ejecución del contrato, sino que, efectivamente, esta se paralizó, con lo cual quedaron surtidos los supuestos legales para que La Empresa Contratante pudiera hacer uso de la potestad excepcional aplicada.

El alegado desequilibrio económico del contrato no tiene la virtualidad de justificar el incumplimiento del Contratista que dio lugar a la declaratoria de caducidad del contrato, razón por la cual el cargo no prosperó. [HAZ CLIC AQUÍ](#)

Producto de la nulidad parcial de los actos demandados, se declarará que La Aseguradora no está obligada a pagar ninguna suma a La Entidad por concepto del amparo de anticipo y, en caso de que ya hubiere pagado, la entidad deberá devolverle los dineros debidamente indexados con el IPC.

Finalmente, la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección B – Consejo de Estado, resolvió declarar la nulidad parcial del Artículo Tercero de la Resolución emitida en el 2.001, expedida por la Entidad Prestadora de Servicios Públicos mediante la cual se declara la caducidad del contrato celebrado entre esta y los demandantes, únicamente en cuanto ordenó hacer efectivo el amparo de anticipo en contra de La Aseguradora por la suma de \$188.906.985,21 y la nulidad parcial de la Resolución de agosto 3 de 2001, expedida por la empresa contratante, mediante la cual se resuelve el recurso de reposición interpuesto contra la resolución precedente, únicamente en tanto confirmó la efectividad del referido amparo.

Finalmente y como consecuencia de la nulidad parcial decretada, declaró que la Compañía Aseguradora no está obligada a pagar a La Entidad la suma de \$188.906.985,21 por concepto de amparo de anticipo del contrato estatal y, en caso de que hubiere pagado, condenando a la empresa contratante a devolver aquello que hubiere pagado, debidamente indexado con el IPC, tomando como índice inicial el de la época del pago y como índice final el de la fecha de la presente sentencia.

Fuente: CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN B – Expediente 05001-23-31-000-2003-02815-01 (47.592) - 05001-23-31-000-2003-00384-01 (ACUMULADO). Magistrado ponente: FREDY IBARRA MARTÍNEZ

Retención en el contrato de Seguro

La Sala de Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, a través de la Sentencia STC6488 del 5 de julio de 2023, decidió la Acción de Tutela interpuesta por la accionante, con base a los siguientes hechos:

- La demandante adquirió un crédito con una entidad financiera por \$500.000.000, respaldado por una póliza de seguro de vida de una entidad Aseguradora.
- A pesar de ser diagnosticada con esclerosis múltiple, una enfermedad crónica, y tener una pérdida de capacidad laboral del 59.15%, continuaron exigiéndole el pago del crédito.
- La demandante presentó una acción de protección al consumidor financiero ante la Superintendencia Financiera, que fue desestimada en mayo de 2022 y confirmada por el Tribunal Superior de Bogotá en enero de 2023.

En ese sentido, la demandante, quien adquirió un crédito respaldado por un seguro de vida alega que, a pesar de ser diagnosticada con esclerosis múltiple, se le exige el pago del crédito.

La demandante argumentó que el Tribunal Superior no aplicó correctamente la Jurisprudencia constitucional y no evaluó adecuadamente la evidencia, alegando un defecto fáctico. Sostuvo que la aseguradora no llevó a cabo las verificaciones adecuadas y que la enfermedad no estaba explícitamente excluida en la póliza.

El Tribunal Superior de Bogotá sostuvo que la demandante, siendo abogada, debía ser diligente al completar los formularios y su omisión de informar sobre la enfermedad constituía retención. Argumentó que la aseguradora había advertido claramente sobre enfermedades excluidas y que la demandante no proporcionó información sobre su enfermedad, conocida al solicitar el préstamo y el seguro en 2017.

Finalmente, la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia decidió rechazar la acción de tutela interpuesta, respaldando la decisión del Tribunal Superior de Bogotá con base a la retención de la demandante al no informar sobre su enfermedad al adquirir el seguro.

Fuente: Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia – Sentencia STC6488 del 5 de julio de 2023



El reconocimiento de prestaciones imposibilitaría la terminación del contrato de seguro por el incumplimiento de las garantías pactadas:

La sala de casación Civil de la Corte Suprema de Justicia a través de la Sentencia SC232-2023 del primero (1) de septiembre de 2023, decidió el recurso de Casación que interpuso la compañía Aseguradora frente a sentencia de 22 de enero de 2021 dictada por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá.

El fallecido Hernando Barahona Silva realizaba su entrenamiento aeronáutico como piloto comercial en Aeroclub de Colombia (ESAL), este fue convocado a sesiones de entrenamiento el día 11 y 12 de abril de 2015, el instructor del fallecido decidió cambiar la ruta programada eligiendo una alternativa «altamente riesgosa para el entrenamiento de alumnos, y más en su etapa de crucero solos», adicional a ello, el instructor decidió utilizar una aeronave de mayor potencia a la reglamentaria, en esto la aeronave colisiona con una formación montañosa en la que el Sr. Hernando Barahona, el instructor y la tripulante María Alejandra Sánchez perdieron la vida.

Por lo anterior, los padres y hermano del fallecido (accionantes) decidieron demandar a Aeroclub Colombia y a la Compañía Aseguradora. Frente a esto, el Aeroclub de Colombia planteó las excepciones de “inexistencia de responsabilidad; asunción voluntaria del riesgo por parte de Hernando Barahona Silva; Hernando Barahona Silva era el piloto al mando de su aeronave al momento del accidente; cumplimiento de estándares por parte del Aeroclub; inexistencia de incumplimiento; concurrencia de culpas y cobro de lo no debido”. A su turno.

La Aseguradora esgrimió las defensas de “terminación del contrato de seguro [por] incumplimiento de garantías; concurrencia de culpas y ajuste del valor a indemnizar”. El Aeroclub de Colombia también llamó en garantía a su coparte con base en la póliza de aviación No. 2176910, vigente para la fecha del accidente y pidió que, en caso de una eventual condena, se afectara el amparo de “responsabilidad civil a terceros incluyendo ocupantes / alumnos / pasajeros / tripulantes / instructor y AV52E”.

Mediante fallo de 3 de marzo de 2019, el Juzgado Once Civil del Circuito de Bogotá desestimó las excepciones propuestas por el Aeroclub de Colombia y concedió todas las pretensiones, con excepción de la indemnización por “daño psíquico”, cuya causación consideró no probada. En cuanto a la situación de la Aseguradora, declaró la terminación del contrato de seguro, por el incumplimiento de las garantías pactadas, por lo cual, eximió a la Aseguradora de realizar pago alguno.

Posterior a la resolución de la apelación, el Tribunal modificó la decisión y mantuvo las condenas al daño emergente y a daños morales, sin embargo, redujo la compensación por daño a la vida de relación y negó los demás reclamos indemnizatorios, adicionalmente revocó lo decidido frente a la Aseguradora declarando que se configuran los requisitos para el pago del amparo denominado debido a la póliza de aviación, por esto hizo extensivas a la Aseguradora las condenas, al concluir que ésta, pese a conocer el incumplimiento de las garantías por parte del tomador del seguro, decidió realizar ciertos pagos provenientes de las coberturas de accidentes personales y de gastos funerarios del seguro, conducta con la cual dio a entender que renunciaba tácitamente a su derecho a dar por terminado el contrato de seguro por el incumplimiento de las garantías.

Así las cosas, los convocantes y la Compañía de Seguros interpusieron el recurso extraordinario de Casación contra el fallo precitado, no obstante, dicha corporación declaró inadmisibile la demanda de sustentación presentada por los primeros. La misma suerte corrió el primer cuestionamiento de la demanda de la Aseguradora. Por ende, solo fueron admitidas sus cuatro postreras censuras, todas ellas referidas en la causal segunda del artículo 336 del Código General del Proceso.

Dentro de su análisis del recurso de Casación, la Corte consideró que la conducta del piloto instructor del avión que colisionó, había sido imprudente y desobligada, toda vez que no efectuó un análisis acucioso de las condiciones climáticas presentes en la ruta de desviación, como le correspondía, con el fin de velar por la seguridad del vuelo crucero que lideraba; además, disminuyó la altura a nivel inferior del que tenían las pendientes del terreno que atravesaba, sin contar con la autorización de la autoridad aeronáutica competente.

La Corte, en su análisis de los actos propios, manifestó que “en la teoría de los actos propios, la mayoría converge en señalar los siguientes como tales: i) una conducta relevante que genere en la otra persona un grado de confianza legítima sobre la realización o concreción, en el futuro, de unas consecuencias en particular; ii) que, con posterioridad, emerja otra conducta (quizás una pretensión) que contradiga con evidente y objetiva incoherencia, los antecedentes plantados; iii) que la nueva situación presentada tenga trascendencia en lo jurídico y la virtualidad para afectar lo existente; y, iv) que haya identidad entre quienes resultaron involucrados en uno y otro episodio”.

Así, enfatizó la Corte que las acciones realizadas por la Aseguradora tendiente a asumir pagos indemnizatorios con cargo al seguro, luego de conocer claramente que el tomador había incumplido algunas de las garantías previstas en el contrato, equivalen a una renuncia de la aseguradora a su derecho a terminar unilateralmente el contrato de seguro ante el incumplimiento de las garantías.

Corolario de lo anterior, la Corte Suprema de Justicia en Sala Civil decide no Casar la sentencia del 22 de enero de 2021, dictada por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, en el proceso declarativo de la referencia y condenar a la Aseguradora como impugnante vencida, al pago de las costas procesales de esta actuación.

Fuente: Sentencia SC232-2023 – Corte Suprema de Justicia.

Nulidad relativa en las Pólizas de Seguros de vida:

La Corte Suprema de Justicia en la Sala de Casación Civil y Agraria, a través de la Sentencia SC167-2023 del 11 de julio de 2023, decidió sobre el recurso de casación interpuesto por el accionado contra sentencia proferida por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali, Sala Civil, del primero de diciembre de 2020.

Los demandantes son los beneficiarios de las pólizas tomadas por el señor Jimmi Valencia Rentería (QEPD) en las cuales se amparó “el riesgo de muerte”. El tomador falleció el 1 de noviembre de 2016 debido a una asfixia mecánica en la República de Panamá. Los demandantes solicitaron conminar a la demandada para que se paguen las indemnizaciones contenidas en las 5 pólizas de seguros.

La Aseguradora se negó a pagar las indemnizaciones, aduciendo que el asegurado no declaró la enfermedad de “Diabetes Mellitus” que le fue diagnosticada en noviembre de 2009.

En virtud de lo anterior, la Aseguradora citó a los demandantes para comparecer a diligencia de conciliación extrajudicial, con el propósito de declarar la nulidad relativa de los contratos de seguro. Sin embargo, los demandantes mencionaron que cuando el tomador celebró los contratos de seguro, no padecía de enfermedades que pudieran comprometer el pago de las indemnizaciones y que la causa del deceso fue por motivos completamente diferentes a cualquier enfermedad diagnosticada y persistente.

Así las cosas, los demandantes interpusieron una demanda de carácter Civil, la cual fue admitida por Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali. La convocada dio contestación a la demanda en la cual planteó excepciones de mérito que denominó “nulidad relativa de las pólizas de vida”, “no debe existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado”, “inexistencia de la obligación de realizar exámenes médicos”, “improcedencia del estudio de responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia”, “improcedencia de reconocimiento de intereses moratorios”.

En concordancia con el párrafo anterior, el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali, mediante sentencia de 16 de octubre de 2019, declaró probada la excepción de “nulidad relativa de las pólizas de vida” y denegó las pretensiones de la demanda. Decisión que fue apelada por los demandantes.

Surtido el trámite de la apelación, el Tribunal revocó la decisión y en su lugar declaró no probadas las excepciones de mérito expuestas por la demandada, a quien condenó a pagar las sumas aseguradas en las pólizas, más los intereses moratorios causados desde el 5 de mayo de 2017 hasta el pago total y las costas de ambas instancias.

Para resolver el recurso de casación la Corte Suprema recordó, que el tomador tiene la obligación de declarar con sinceridad el estado del riesgo, que en caso de ser desatendida conducirá a que el contrato de seguro quede viciado de nulidad relativa. Sin embargo, se enfatizó que el asegurador no puede tomar una actitud pasiva, pues no está en su arbitrio dejar la declaración del riesgo a la sola voluntad del tomador, e incurre en culpa si deja de conocer los vicios de la declaración a partir de su experiencia.

La Aseguradora establece principalmente ciertos errores de hecho para justificar el Recurso de Casación. Manifiesta que el juzgador incurrió en un error al mencionar que los trabajadores de dicha aseguradora debieron “por su experiencia” hacer pruebas o preguntas sobre el estado de salud del asegurado, pues podían percibir que tenía una condición de obesidad y que por regla general, esta condición acarrea otros problemas de salud.

Sin embargo, la Corte menciona que: “No puede admitirse interpretación contraria, pues el Tribunal consignó, de manera expresa, cuál fue el argumento crucial de su decisión, pues al dirimir la excepción denominada “no debe existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado”, manifestó que la discusión allí planteada, termina siendo irrelevante en el presente litigio por cuanto se termina de condenar a la aseguradora con fundamento en lo previsto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio”.

En concordancia con lo anterior, y en palabras de la misma Corte, se determinó lo siguiente: “Así las cosas, emerge que aquel comprendía que la deducción del conocimiento presuntivo del asegurador era la columna vertebral del fallo, y que el éxito del recurso extraordinario se circunscribía a demostrar la sinrazón de dicho argumento; sin embargo, dirigió sus esfuerzos a demeritar la juridicidad de razones expuestas como «adición» o «colofón», sin formular reproches sobre la aplicación o interpretación de la norma jurídica sustancial que sirvió de soporte central de la sentencia recurrida, consintiendo con su silencio en su acierto o corrección.”.

Por los motivos expresados precedentemente, no prosperó el recurso extraordinario de casación.



Bibliografía:

- <https://petro.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Asi-avanzan-en-el-Congreso->
- <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/reforma-de-la-salud-puntos-cruciales-del-proyecto-aprobado-en-primer-debate-583276>
- <https://www.ambitojuridico.com/noticias/informe/los-seguros-parametricos-en-el-plan-nacional-de-desarrollo>
- <https://bu.com.co/es/insights/noticias/conocimiento-presunto-del-riesgo-por-la-aseguradora-no-anula-el-seguro>

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.”

Aristóteles (384 AC-322 AC)
Filósofo griego.