



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil y Agraria

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

Magistrada Ponente

SC167-2023

Radicación n.º 760013103017 2019 00025 01

(Aprobado en sesión de dieciocho de mayo de dos mil veintitrés)

Bogotá, D.C., once (11) de julio de dos mil veintitrés
(2023)

Se decide el recurso de casación formulado por Seguros de Vida Suramericana S.A. contra la sentencia del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali, Sala Civil, de 1º de diciembre de 2020, en el proceso que promovieron María Rentería Vente, Sandra Paola Valencia Murillo, en nombre propio y en representación del menor Duván Felipe Valencia Valencia, Sandra Paola Valencia Rentería, Kelly Johanna Valencia Valencia, Ana Cilena Ramos Rentería, Ángela Inés Angulo Vence, en nombre propio y representación de los menores Jeilyn Marlovy y Jihanna Valencia Angulo contra la recurrente.

ANTECEDENTES

1.- Los demandantes solicitaron conminar a la demandada para que se paguen las indemnizaciones debidas por cinco pólizas de seguros de la siguiente forma:

1.1.- Por la póliza No. 08100381650 de 17 de junio de 2016 se pidió la suma de \$97.000.000, de los cuales el 50% debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia y Jihanna Valencia Angulo, y el 50% restante en provecho de Sandra Paola Valencia Rentería, Ana Cilena Ramos Rentería, María Rentería Vente y Ángela Inés Angulo Vence.

1.2.- Por la póliza BAN-024533478 de 10 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$80.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence, fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.3.- Por la póliza BAN-024533547 de 9 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$80.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.4.- Por la póliza BAN-024688021 de 10 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$20.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.5.- Por la póliza BAN-024688022 de 9 de septiembre de 2015, se pidió la suma de \$20.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.6.- Como consecuencia, solicitaron la actualización del valor de las indemnizaciones, y el reconocimiento de los intereses moratorios desde el acaecimiento del siniestro y hasta el pago.

2.- Para fundamentar sus pretensiones, los demandantes manifestaron que la aseguradora y Jimmi Valencia Rentería, suscribieron los contratos de seguro incorporados en las pólizas mencionadas, en las que se amparó el riesgo de muerte del tomador, y se designó como beneficiarios a cada uno de los demandantes en la proporción referida en cada póliza.

2.1.- El tomador falleció el 1º de noviembre de 2016, debido a asfixia mecánica ocurrida en el Corregimiento de Pedregal, Distrito de Panamá, República de Panamá.

2.2.- El 24 de marzo de 2017, los demandantes presentaron las reclamaciones de las pólizas.

2.3.- El 5 de mayo de 2017, la aseguradora se negó a pagar las indemnizaciones, aduciendo que el asegurado no declaró la diabetes mellitus que le fue diagnosticada en noviembre de 2009.

2.4.- El 17 de octubre de 2018, la aseguradora citó a Sandra Paola Valencia Murillo, Sandra Paola Valencia Rentería, Ana Cilena Ramos Rentería y María Rentería Vente para comparecer a diligencia de conciliación extrajudicial, con el propósito de declarar la nulidad relativa de los contratos de seguro, invocando los hechos que opuso para no pagar las indemnizaciones.

2.5.- El 30 de noviembre de 2018, los demandantes citaron a la aseguradora para que concurriera a la diligencia de conciliación extrajudicial que se llevaría a cabo el 14 de noviembre de 2018, pero ésta solicitó el aplazamiento de la reunión.

2.6.- El tomador jamás sufrió los síntomas de la diabetes, toda vez que se sometió a un tratamiento alternativo que lo curó para siempre.

2.7.- El asiento de la historia clínica, utilizado por la aseguradora para oponerse a la reclamación, refiere un acontecimiento sin importancia, pues con posterioridad a su registro el tomador no volvió a consultar por esa causa en Sura, que era la compañía de medicina prepagada en la que estaba afiliado.

2.8.- Cuando celebró los contratos de seguro, el tomador no padecía enfermedades que pudieran comprometer en el futuro el pago de la reclamación; además, su deceso se produjo por una causa distinta a cualquier enfermedad diagnosticada y persistente.

2.9.- Y, la aseguradora contaba con la posibilidad de revisar su historia clínica, toda vez que le dio autorización para consultarla.

3.- La demanda fue admitida por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali, que ordenó notificar a la demandada.

4.- La convocada dio contestación a la demanda, allí planteó las 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 la responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia*», «*inexistencia de la obligación en cabeza de Seguros de Vida Suramericana S.A.*», «*improcedencia del*

estudio de la responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia (menos aún la extracontractual)», «inexistencia de la obligación de indemnizar en cabeza de Seguros de Vida Suramericana S.A.» e «improcedencia de reconocimiento de intereses moratorios». Como defensas subsidiarias propuso las intituladas «prescripción», «cobro de lo no debido», «sujeción estricta al contrato de seguros, condiciones generales, particulares, límite de valor asegurado, exclusiones del amparo» y «genérica».

5.- 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»*, denegó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la demandante.

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

II. LA SENTENCIA IMPUGNADA

Después de resumir el litigio, el Tribunal planteó los problemas jurídicos en tres niveles, en el primero se preguntó

si el tomador había incurrido en reticencia al suscribir las declaraciones de asegurabilidad, y si el principio de buena fe que inspira la etapa precontractual del contrato de seguro se reconduce únicamente a la declaración del estado del riesgo a cargo del tomador; en el segundo se cuestionó si la aseguradora actuó como un profesional del ramo con antelación a la suscripción del contrato de seguro, y si debía indagar sobre el estado de salud del asegurado antes de asumir el riesgo; y, en el tercero examinó el mérito de las excepciones formuladas por la demandada.

Para resolver, 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, cuando la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora tenga la entidad de disuadirla de la idea de celebrarlo, o de determinarla a pactarlo en condiciones más onerosas.

Luego, acotó que, sin perjuicio de la obligación del tomador, la aseguradora tiene la carga de investigar adecuadamente el estado del riesgo, en un inicio a través de una indagación pertinente enderezada a procurar del tomador su sincera declaración, que, de no ser realizada, a pesar de poder hacerlo, le impedirá aducir que el tomador incurrió en reticencia.

Después, con apoyo en citas de decisiones proferidas por esta corporación, subrayó que la inexactitud obnubila el

consentimiento del asegurador cuando sucede en determinadas y precisas circunstancias, pero aquel no puede invocar la nulidad cuando tuvo la oportunidad de ponderar el estado del riesgo, con base en situaciones advertidas o advertibles durante la etapa de formación del contrato, bien sea que se perciban a partir de la declaración del tomador o de pesquisas apoyadas por expertos, pues ahí puede decidir libremente y contratar sin vicio.

Con base en esa misma metodología, resaltó que la ley le asigna efectos al conocimiento presuntivo del asegurador, al punto de cercenarle la posibilidad de alegar la reticencia sobre hechos que ha podido y debido conocer, lo cual ocurre cuando se contrae a guardar silencio o renuncia a la realización de valoraciones que no requieren de pesadas cargas, una vez es enterado de hechos ciertos que le sirven para elucidar las circunstancias que rodean el riesgo.

Enfatizó que el asegurador no puede asumir una actitud pasiva o «*de mero espectador*», pues no está a su arbitrio dejar la declaración del estado del riesgo a la sola voluntad del tomador, e incurre en culpa si deja de conocer los vicios de la declaración a partir su experiencia y actuar diligente, máxime cuando la guarda del principio de la buena fe demanda la obtención de información recíproca.

Transcribió el texto de cada una de las declaraciones de asegurabilidad, resaltando que el tomador declaró que no padecía de diabetes u obesidad; además, se refirió al documento expedido el 7 de junio de 2016, adjuntado con la

póliza de seguro de vida, en el cual manifestó que gozaba de buena salud y autorizó la consulta de la historia clínica; y, ponderó la solicitud de aseguramiento, acotando que se advirtieron las consecuencias de la declaración reticente e indagó sobre el padecimiento de diabetes.

Estimó que no mediaba controversia sobre la diabetes mellitus que padecía el tomador, la cual fue diagnosticada desde el año 2009, y que no la declaró ante la aseguradora, a pesar que en cada una de las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó si la padecía.

Además, era consciente que tenía dicha enfermedad, pues emitió la comunicación de 5 de agosto de 2010, en donde invocó la calidad de «paciente diabético» y autorizó a su hermano a retirar la historia clínica, y también sabía que era obeso, ya que se sometió a un by pass gástrico el 14 de diciembre de 2015.

Refirió que, el testigo Sergio Plinio Quiñones dijo haber estado presente en la suscripción de las pólizas, enfatizando que no escuchó que le hubieren preguntado al tomador sobre su estado de salud, y que la misma situación fue comentada por Sandra Paola Valencia, quien manifestó que lo acompañó a suscribir las pólizas en el año 2009.

No obstante, concluyó que el ocultamiento de la diabetes no obedeció al asesoramiento de Lina María Echeverry Mondragón, pues aunque el tomador apenas terminó la escuela primaria, no era posible que un hábil

comerciante hubiere firmado lo que le pusieron en frente, menos cuando la sola prima del seguro de vida individual alcanzaba los \$8.535.586.

Coligió que sí hubo ocultamiento de la diabetes, toda vez que la historia clínica revela que la enfermedad había sido diagnosticada desde el año 2009 y, persistía para el año 2015, según consta en nota dejada por el especialista en medicina interna, lo cual fue corroborado en el dictamen pericial.

Sin embargo, estimó que la aseguradora no podía conformarse con la declaración del estado del riesgo que le declaró el tomador, ni renunciar a la realización de valoraciones requeridas para ponderarlo, por cuanto éstas le hubieren permitido conocerlo a cabalidad.

Recordó que el tomador se sometió a un by pass gástrico en diciembre de 2015, pesaba 131 kilogramos, según consta en asiento de historia clínica registrado el 13 de noviembre de 2009, su ex esposa Sandra Paola Valencia Valencia, con quien convivió hasta el año «2009-2010», declaró que tenía obesidad y estaba muy gordo, mientras el testigo Sergio Plinio Quiñones estimó que su empleador pesaba «*ciento y pico*».

Frente a estos hechos, consideró que la obesidad, o si se quiere, el sobrepeso del tomador era visible para los funcionarios de la aseguradora, quienes no tenían que diagnosticar la obesidad mórbida, menos la diabetes, que

padecía el tomador, pero sí debían contemplar su sobrepeso y sospechar de la existencia de otras patologías, por cuanto dicho estado generalmente va asociado con otras enfermedades, tales como la hipertensión, la diabetes y el hipercolesterolemia, etc.

Por lo anterior, el asegurador dejó de obrar como un profesional diligente, pues no solicitó la historia clínica del paciente, ni le practicó exámenes médicos, medida que, a pesar de no ser legalmente obligatoria, sí era aconsejable para conocer cuál era el estado del riesgo que iba a asegurar, de modo que al no adoptar esos comportamientos, que sí debía desplegar en su condición de profesional del ramo de los seguros, no advirtió hechos atinentes a la salud del tomador que debía y podía conocer, cuestión que le impide alegar la nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Además, desplegó comportamientos que no se acompañan con los dictados de la ubérrima buena fe, habida cuenta que demandó la nulidad relativa del contrato después de que los demandantes solicitaron el pago de las pólizas, aun cuando desde la suscripción del contrato se le autorizó la consulta de la historia clínica y percibió el pago de las primas; también, objetó la reclamación por una reticencia que no tiene que ver con las circunstancias en que falleció el causante.

Una vez descartó la nulidad relativa del contrato de seguro, hizo lo propio con la defensa denominada «no debe

existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado», aduciendo que la discusión era irrelevante, ya que la razón de la condena estribó en que la aseguradora podía y debía tener conocimiento del estado del riesgo, más recordó que la Corte Constitucional en algunas de sus sentencias, de las cuales menciona la T-282 de 2016, ha subordinado el reconocimiento de la nulidad relativa a la existencia de relación de causalidad entre la información omitida y el siniestro.

Luego, recabó que no existe la obligación legal de practicar exámenes médicos antes de la celebración del seguro, pero enfatizó que esta situación no constituye una dispensa para que la aseguradora deje de realizar las pesquisas que luzcan aconsejables para esclarecer el estado del riesgo.

Explicó que la responsabilidad reconocida era la contractual, orientada al pago de las cantidades estipuladas en las pólizas.

Descartó la ocurrencia de la prescripción ordinaria, pues aunque la muerte del tomador se produjo el 1º de noviembre de 2016, el término prescriptivo fue interrumpido con la presentación de la reclamación el 24 de marzo de 2017, y con la radicación de la demanda el 20 de febrero de 2019, *«máxime cuando, se reitera, el día 30 de octubre de 2018 las ahora demandantes convocaron a la aseguradora a la audiencia*

prejudicial de conciliación, la cual finalizó con constancia de no asistencia de fecha 28 de noviembre de 2018».

Finalmente, apuntó que los intereses deben ser reconocidos en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

III. LA DEMANDA DE CASACIÓN

La demandada formuló dos cargos contra la sentencia del Tribunal. El primero con fundamento en la causal 2º del artículo 336 del Código General del Proceso, y el segundo de acuerdo con la causal 1º de dicho estatuto.

IV. PRIMER CARGO

Aduce el recurrente que la decisión incurrió en violación indirecta de la ley sustancial, pues aplicó indebidamente los artículos 1058 (inciso tercero), 1158 y 282 del Código de Comercio y 282 del Código General del Proceso.

1.- En su consideración, el tribunal cometió errores de hecho, al dar por probado sin estarlo que: (i) El asegurado padecía obesidad mórbida en la época en que se celebraron los contratos de seguro, es decir, septiembre de 2015 y junio de 2016; (ii) La obesidad o sobrepeso del tomador era visible para los funcionarios de la aseguradora; (iii) El sobrepeso, por regla general, va acompañado de otras patologías, en

cuyo caso la aseguradora ha debido sospechar de su existencia.

Los mentados errores recaen tanto por la preterición del dictamen pericial, en el cual se resumió la historia clínica, y del testimonio de Sergio Plinio Quiñones, como por la suposición de una regla de experiencia, que parte de entender que las personas con sobrepeso tienen otras enfermedades.

2.- Respecto del dictamen pericial, el perito destacó que la información de la historia clínica era escasa y correspondía a las visitas del paciente a los centros médicos para recibir atención de urgencias o ser hospitalizado.

También consignó que el paciente consultó en el servicio de urgencias del Centro Médico Imbanaco en noviembre de 2009, por presentar síntomas de cetoacidosis diabética, el cual se asumió como debut de la diabetes mellitus; en dicha ocasión fue catalogado con obesidad mórbida, se registró un peso de 131 kilogramos, sin incluir anotaciones sobre la talla y el índice de masa corporal.

En septiembre de 2015, acudió al referido centro, por celulitis en el miembro inferior derecho como consecuencia de una picadura de insecto; en esa oportunidad, se registró que se encontraba en tratamiento de fenofibrato para una hipertrigliceridemia, ingería glimepiride y metformina para el seguimiento de la diabetes mellitus, y menciona que era poco adherente a los cambios en su estilo de vida.

Luego, el perito al absolver la pregunta orientada a que informara las patologías que sufría el paciente, respondió que una de ellas era la obesidad mórbida, la cual padecía desde 2008, añadiendo que era potencialmente curable; al contestar interrogante sobre el estado de esa dolencia, adujo que no era clara, aunque se registraba obesidad clasificada como mórbida en 2008 y 2009.

Posteriormente, en la aclaración de la experticia, se le indagó si el paciente estaba tratando sus enfermedades de manera adecuada, tomando los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y realizando los tratamientos ordenados por el médico, y que, de ser así, informara si las patologías mejoraban o empeoraban; ante lo cual, respondió que *«No, ya que la historia clínica se halla fragmentada y hace referencias a visitas al servicio de urgencia y hospitalizaciones por eventos emergentes, y no se encuentra un seguimiento a las patologías crónicas del paciente»*.

Entonces, el dictamen pericial acreditaba que el asegurado tenía obesidad mórbida en el año 2009, pero no indica cual era el estado de las patologías en el momento de la celebración de los contratos de seguro.

Sin embargo, el tribunal expresó que el asegurado padecía de obesidad mórbida, atendiendo a la consulta de 13 de noviembre de 2009, en la que se registra un peso de 131 kilogramos y consigna esa enfermedad como antecedente; y aseveró que *«no podía exigirse que los asesores diagnosticaran*

propiamente la obesidad mórbida que padecía el causante», dando por sentado que el tomador tenía esa patología para la época de celebración de los contratos de seguro.

Así, el colegiado incurrió en errores de hecho al apreciar la historia clínica del asegurado, pues extendió una patología registrada en 2009 hasta las calendas en que se ajustaron los contratos de seguro, esto es septiembre de 2015 y junio de 2016; y también pretirió el contenido de la experticia, la cual no contiene un seguimiento de las enfermedades crónicas del paciente.

3. Además, dio por demostrado sin estarlo, que el sobrepeso del asegurado era visible para los funcionarios de la aseguradora, pues en el pie de página ocho (8) se mencionó, que cuatro pólizas fueron tomadas antes de la realización de la cirugía bariátrica, bajo el entendido de que el tomador pesaba 104 kilos, según anotación de la historia clínica registrada el 18 de septiembre de 2015; y, que la póliza restante se firmó después de ese procedimiento quirúrgico, cuando el paciente registraba un peso que oscilaba entre 98 y 95 kilos, conforme a los asientos en enero y octubre de 2016.

Conclusión que constituye una conjetura, pues no puede deducirse que la demandada tuviere sobrepeso para la época del aseguramiento, por cuanto tenía una altura de 1.78 centímetros, que le permitía disimular un peso de 98 a 100 kilogramos, por ende, los funcionarios de la aseguradora

no podían deducirlo a partir de la contemplación de su contextura.

4. Frente al testimonio de Sergio Plinio Quiñones, mencionó que él dijo haber estado presente cuando se suscribió la póliza de vida, refirió que esta fue llevada a la casa de la mamá del tomador, y que *«los documentos fueron diligenciados por la señora Lina»*, quien no le preguntó al tomador sobre su estado de salud.

De dicha declaración, se deduce que la documentación de la póliza fue diligenciada en casa del tomador, pero no se desprende que el testigo hubiere informado que ropa traía puesta al asegurado, si aquel se había sentado, el sitio en que sentó la asesora de la aseguradora, la distancia que mediaba entre ellos y las condiciones de iluminación del recinto, a pesar de que esas referencias hubieren dado luz sobre las circunstancias del aseguramiento.

Por lo anterior, endilga al tribunal la materialización de error de hecho, pues apoyado sobre un dato escueto sobre el peso del tomador, registrado en una fecha muy anterior a la celebración del contrato, dedujo que la obesidad mórbida del causante era ostensible y notoria para la aseguradora, pero no citó criterios adicionales para apoyar la falta de diligencia que le atribuyó.

5. El colegiado cometió error de hecho por suposición de prueba, por cuanto *«al dar por probado que el sobrepeso va acompañado de otras patologías»*, y que en este caso *«la aseguradora*

ha debido sospechar de su existencia en la persona del asegurado», pues con la primera afirmación, «crea una inquietante regla de la experiencia», consistente en que «la obesidad, de por sí, ordinariamente va de la mano de otras patologías, tales como la hipertensión, diabetes, etc.».

Con dicha máxima, se tergiversó el ámbito de aplicación de la institución del conocimiento presuntivo del asegurador previsto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, pues, de un lado, se desconoce que los funcionarios de la aseguradora son legos en el campo médico, cuando se les asigna la carga de detectar, a simple vista, las enfermedades que pueden sufrir los tomadores, y de otro, se les impone el deber de sospechar de las declaraciones de asegurabilidad, pasando por encima de la obligación de declarar el estado del riesgo que recae sobre el tomador y del principio de buena fe que preside el contrato de seguro.

Por este motivo, el colegiado pasó por alto que el consentimiento presuntivo del asegurado debe ser analizado con mesura, pues se desprende cuando el asegurador, por su calificado oficio, conoció o debía conocer de las vicios de la declaración de asegurabilidad, pero no restarle mérito a relevantes inexactitudes o reticencia sin razón atendible; lo anterior porque corroboró la reticencia en que incurrió el tomador, pero se negó a declarar la nulidad relativa del contrato del seguro, a partir de sospechas que no debían tener los funcionarios de la aseguradora, y pese a que no había pruebas de una conducta negligente.

CONSIDERACIONES

1.- La causal segunda de casación, consagra la afrenta indirecta de la ley sustancial que puede tener origen en el error de derecho derivado del desconocimiento de una norma probatoria, o por error de hecho manifiesto y trascendente en la apreciación de la demanda, de su contestación, o de una determinada prueba. El error de hecho por indebida apreciación de medios de convicción se configura cuando el vicio emerge abrupto y ostensible, de manera que, analizado el contenido material de las pruebas, en contraste con las conclusiones a las que arribó el juzgador por efecto de su valoración, salte de bulto la disconformidad. Para demostrar la existencia de un defecto de ese calado, es preciso que la apreciación probatoria que propone la censura sea la única admisible, toda vez que *«no resulta suficiente presentar deducciones antagónicas a las expuestas en la sentencia, porque ellas solas no tienen entidad para demostrar desacierto alguno»* (SC11294-2016).

2.- Además, no puede perderse de vista que los juzgadores gozan de autonomía en la valoración probatoria en orden a establecer el mérito demostrativo y la credibilidad que le ofrezcan los medios de convencimiento, de ahí que el cumplimiento de esa labor judicial solo puede ser cuestionado por la existencia de un yerro fáctico manifiesto y trascendente.

3.- En esa medida, para la demostración de un cargo soportado en la causal segunda de casación no es suficiente

realizar afirmaciones o negaciones amplias, generales o panorámicas relacionadas con el tema probatorio, con independencia de que puedan resultar pertinentes en relación con las conclusiones censuradas, sino que es menester acometer frontalmente el reproche contra los argumentos del fallador para efectuar sus deducciones fácticas, lo que exige una exposición detallada que deje al descubierto que, en realidad, el error es evidente y su incidencia en la decisión adoptada.

Sobre el particular, en sentencia de 11 de marzo de 1999, se determinó que:

«Esta Corporación ha expresado en múltiples fallos que cuando asume su esencial deber de actuar como Tribunal de casación, solamente puede ocuparse de los precisos asuntos que le someta a su consideración el impugnante,, y únicamente puede aplicar las valoraciones del sentenciador relacionadas con temas de hecho cuando formulando un ataque se muestra la comisión de un error trascendente que aparezca de manifiesto en los autos, es decir, "yerro que emerja con esplendor bajo su sola circunstancia "de su enunciación". (Cas. Civ. de 17 de junio de 1964, Nro. 107, pág. 228). Es por ello que siempre se ha sostenido por la Corte, en aras del criterio que se acaba de sentar, que el error de hecho se estructura cuando el juicio probatorio del sentenciador es arbitrario o cuando la única ponderación y conclusión que tolera y acepta la apreciación de las pruebas sea la sustitutiva que proclama el recurrente; por el contrario, si la conclusión a la que llegó el ad- quem, luego de examinar críticamente el acervo probatorio se halla dentro del terreno de la lógica y lo razonable, en oposición a la que del mismo estudio extrae y propone el censor en el cargo, no se genera el yerro de facto con las características de evidente y manifiesto, por cuanto en dicha situación no hay absoluta certeza del desatino cometido por el tallador en la providencia motivo de impugnación»

En idéntico sentido, en sentencia de 23 de febrero de 2001, se indicó que:

«[e]n materia de conclusión probatoria, son entonces las de índole contraevidente las únicas que., por claro mandato de la ley, dan cabida a la casación, debiendo entenderse por ellas, según la jurisprudencia de la Corte, los juicios del sentenciador alejados en tal forma de la realidad del proceso, que resultan absurdos o sin ninguna justificación frente a ésta. Por ser 'precisamente esa la característica de éste yerro, la Sala ha manifestado que por contrario que resulte a los intereses de un recurrente el resultado probatorio sacado por el sentenciador, esa sola circunstancia no estructura por sí misma error de este linaje, sino en cuanto ella no encuentre ninguna correspondencia en las distintas alternativas surgidas del examen objetivo de los medios de convicción, o cuando el resultado probatorio que propone el recurrente como consecuencia del mérito de la acusación es la única alternativa posible. No por existir, pues, la posibilidad de que una de las partes traiga del acervo probatorio conclusiones diversas a la del sentenciador, esta última deviene sin más en contraevidente, y de ahí que, cual lo ha puntualizado con insistencia la Corte, sea necesario que la labor del recurrente se encamine a demostrar el error visiblemente grave del juzgador» (sentencia de Casación Civil del 24 de septiembre de 1998) (En cas. civ. de 23 de febrero de 2001; exp: 6399).

4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil¹; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par comercial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y

¹ SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 27 de febrero de 2012, Exp. 11001 3103 002 2003 14027 01

probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado³; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁴; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad,

² SC de 26 de abril de 2007, Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

³ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.

⁴ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473; SC de 1 de septiembre de 2010, Exp. 05001 3103 001 2003 00400 01.

⁵ SC de 19 de mayo de 1999, G.J. t. CCLVIII, pág. 185; SC de 9 de diciembre de 2004, Exp. 1994-14978-02

pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente⁶.

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las

⁶ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01

averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en

particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)

5.- En el caso examinado, el tribunal fundamentó su decisión en que: (i) Jimmy Valencia Rentería, como tomador de cinco pólizas, cuatro de bancaseguros y una de seguro de vida, en el interregno transcurrido entre septiembre de 2015 y junio de 2016, ocultó la diabetes mellitus y la obesidad mórbida que padecía cuando menos desde noviembre de 2009, a pesar de ser expresamente inquirido en los cuestionarios incorporados en la declaración de asegurabilidad de cada una de las aseguranzas; (ii) aunque los actores atribuyeron dicha omisión, a la falta de asesoramiento del funcionario que recogió la documentación, a saber Lina Echeverry Mondragón, trayendo como apoyo al testigo Sergio Plinio Quiñones, el argumento no es admisible porque el tomador, a pesar de su escasa escolaridad, era un hábil comerciante, que por demás, invertía una cantidad significativa en el pago de las primas; (iii) a pesar del ocultamiento, la aseguradora no actuó como un profesional diligente durante el trámite del aseguramiento, pues, en tal calidad podía y debía conocer la información callada por el asegurado; (iv) lo anterior, porque sus funcionarios pudieron apreciar el estado de sobrepeso, del entonces candidato a tomador, pues él era una persona obesa, como

dio cuenta el peritaje fincado sobre la historia clínica, las declaraciones de parte y el testimonio de Sergio Plinio Quiñones; y, (vi) si bien, esa contemplación, no implicaba, para la aseguradora, el deber de diagnosticar de un vistazo las patologías del paciente, en especial, la diabetes mellitus, sí surgía la posibilidad de sospechar de la existencia de potenciales enfermedades, ya que la regla de la experiencia sugiere que las personas con sobrepeso suelen tener comorbilidades asociadas, como la misma diabetes y la hipercolesterolemia; y, (vii) de haber disipado la sospecha, a través de la práctica de un examen médico, o de la solicitud de la historia clínica, hubiere arribado al conocimiento de las comorbilidades que el paciente dejó de declarar.

6.- Bajo esa óptica, cualquier desliz del juzgador en la apreciación probatoria ha debido atacarse a partir del desacierto del raciocinio que lo condujo a esas deducciones, tarea que resultó frustránea, según pasa a explicarse.

7.- Los argumentos expuestos por el casacionista para denunciar la materialización de errores de hecho, son susceptibles de agruparse en dos ejes temáticos, en el primero se cuestiona al tribunal por deducir que el tomador tenía obesidad mórbida para la época de suscripción de las pólizas de seguro, mientras en el segundo se le critica por deducir que los funcionarios de la aseguradora debían conocer del sobrepeso del tomador y sospechar de la existencia de enfermedades asociadas a dicho estado.

8.- Para soportar el primer grupo de inconformidades, se sostuvo que el dictamen pericial fue mal apreciado, pues se dio por probado sin estarlo que el tomador tenía obesidad para la data de ajuste de las aseguranzas, ya que al extender la vigencia de un peso registrado en la historia clínica a una época muy posterior al asiento, se terminó pretermitiendo, que la experticia se refiere a: (i) la escasez de la historia clínica; (ii) las atenciones surtidas en noviembre de 2009, y septiembre de 2015, en el Centro Médico Imbanaco; (iii) la posibilidad de curar la obesidad mórbida; y, (iv) la imposibilidad de determinar si el paciente se había adherido al tratamiento, o tenía pronóstico de mejorar o empeorar.

9.- Con el fin de evaluar los argumentos con que se sustenta el error de hecho enrostrado al fallador, debe memorarse cuál fue el contenido del dictamen pericial, para verificar si su ponderación fue resultado de una ostensible desatención fáctica.

En la experticia se sintetizó la historia clínica, precisando que el resumen *«se hace en base a la información allegada la cual es escasa y corresponde a las visitas a dos centros médicos para atención de urgencias y hospitalización»* (folio 662 del cuaderno principal), pero se explicó en que consistieron las consultas surtidas en enero de 2008, noviembre de 2009, septiembre de 2015 y diciembre de 2015.

Al referir las patologías del tomador, contestó que eran tres *«obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia»*,

(folio 662) precisando desde qué fecha las padecía, anotó que la primera *«fue documentada por primera vez en 2008»* (folio 663), aunque *«no significa que no la padeciera antes»*, en la segunda *«la información es contradictoria»*, pues *«en 2008 se establece que el paciente tenía un antecedente de dicha dolencia»*, pero *«en 2009 se menciona que la enfermedad debuta ese año con una cetoacidosis»*, y la tercera *«se registró por primera vez en el 2018»*, pero *«esto no significa que no la padeciera antes»* (folio 663).

A renglón seguido, explicó el tratamiento médico que recibía el tomador para afrontar esas tres enfermedades, acotando que para la obesidad mórbida tenía *«sugerencia de cambios en su estado de vida y una gastrectomía vertical»*, para la diabetes mellitus tipo 2 debía aplicarse *«en diferentes momentos, metformina, insulina NPH, insulina regular y glimepirida»*, y para la hipertrigliceridemia debía tomar *«fenofibrato»* (folio 663).

Luego, contestó si las enfermedades tenían cura, anotando que la obesidad mórbida *«es potencialmente curable»*, la diabetes mellitus *«se puede controlar y en algunos casos curarse, aunque la definición de la cura sigue siendo controversial»* y la hipertrigliceridemia *«dependiendo de la causa puede llegar a ser curable»* (folio 663).

Explicó los propósitos de la formulación de los medicamentos que, en diferentes momentos, se le prescribieron al paciente, aseverando que el fenofibrato *«es para el tratamiento de la hipertrigliceridemia»*, la metformina, glimepirida y vilgagliptina son para tratar la diabetes mellitus, la primera *«disminuye la producción hepática de glucosa»*,

la segunda *«incrementa la secreción de insulina»*, y la tercera *«potencia el efecto incretina aumentando la secreción de insulina»* también, refirió que tanto la insulina regular como la NPH *«son formas de insulina humana para tratar la diabetes mellitus»* (folio 664).

Después indicó que *«se puede observar que el paciente conocía de sus enfermedades puesto que las refiere como antecedente personal»* (folio 664); frente a este tópico, en la aclaración del peritaje, respondió que la mención de antecedentes en una consulta médica, *«significa que bien ha sido informado de padecer esta condición o de alguna manera ha llegado a la conclusión de que padecía esta condición»* (folio 671), manifestó que era posible que el tomador supiera de sus enfermedades desde el momento de su diagnóstico, porque de estos *«se derivaron en algunos casos tratamientos médicos de los cuales el paciente aparentemente tenía conocimiento, porque las refirió en consulta posterior y tratamientos quirúrgicos que fueron realizados al paciente»* (folio 673), y aseveró que podía tener conocimiento de su dolencia debido a la prescripción de insulina *«ya que es un medicamento que se administra en forma inyectada y su uso se limita casi de manera exclusiva a los pacientes que tienen diabetes»* (folio 674).

Finalmente, cuando se le preguntó si el paciente *«estaba tratando las enfermedades de manera adecuada, es decir, tomándose los medicamentos conforme a los la indicaciones, realizando los tratamientos ordenados por el médico»*, y *«si al seguir dichas indicaciones sus patologías estaban mejorando o empeorando»*, respondió que *«No»*, por cuanto, la historia clínica *«está fragmentada y hace referencia al servicio de urgencias y hospitalizaciones relacionados en esos elementos emergentes»*, pero *«no*

se encuentra un seguimiento de las patologías crónicas del paciente» (folio 674).

10.- Una vez descrito el contenido del dictamen pericial, se colige que el tribunal no realizó una exposición pormenorizada de su contenido, pero sí le asignó mérito probatorio cuando indicó que acreditaba que el paciente había ocultado información sobre su estado de salud, pues allí se corroboró que le habían diagnosticado la diabetes mellitus *«desde años atrás»,* y que *«persistía para el 2015, según consta en la anotación dejada por el especialista en medicina interna».*

Dicha valoración luce consonante con el contenido del dictamen, pues lo utiliza para deducir que el paciente ocultó información sobre las enfermedades que padecía con anterioridad al aseguramiento, lo cual es adecuado dado la exposición que hizo el perito sobre las maneras en que el tomador podía conocer las patologías que se le diagnosticaron; y, también lo emplea como insumo para determinar que la dolencia persistía para el año 2015, atendiendo el resumen de la consulta de medicina interna llevada a cabo en diciembre de esa calenda.

11.- Ahora bien, como comenta el recurrente, en la experticia, se mencionó que la historia clínica estudiada se reconducía a cuatro ingresos para atención de urgencia u hospitalización, verificados en enero de 2008, noviembre de 2009, septiembre de 2015 y diciembre de dicha anualidad; se discurre sobre las posibilidades de curar las enfermedades del paciente, entre ellas la obesidad mórbida;

y, se indicó que la información disponible era insuficiente, para responder si el paciente había tomado los medicamentos, seguido el tratamiento, o tenía pronóstico de mejoría o agravamiento.

12.- Sin embargo, no puede deducirse error de hecho, porque el juzgador hubiere dejado de incluir esos acápites de la prueba en la parte motiva de la sentencia, por cuanto esto desconocería su facultad de ponderar las pruebas en conjunto y seleccionar del contenido de estas lo más relevante para estructurar la premisa fáctica de la decisión.

Además, no se advierte que dicha información se subsuma dentro de la tesis planteada por el casacionista, consistente en que no había prueba de que el paciente padeciera de obesidad para la época de suscripción de las aseguranzas cuyo cumplimiento se reclamó en el proceso, ya que ese aserto no es mencionado literalmente por el perito en el dictamen y su aclaración.

En efecto, de la información cuya preterición se endilga, no se desprende que el asegurado no padeciera de obesidad mórbida o diabetes mellitus para la época de la celebración de los contratos del seguro, por el contrario, del peritaje, confeccionado a partir de la historia clínica, se colige que el paciente tenía esas enfermedades, cuando menos, en el lapso comprendido entre noviembre de 2009 y diciembre de 2015, tal como lo identificó el tribunal, cuando se refirió al peso tomado en la primera fecha, y la subsistencia de dichas patologías para la segunda data.

Para rematar, el planteamiento del reproche termina naufragando en una contradicción lógica, pues al predicarse que el juzgador se equivocó al dar probado sin estarlo que el paciente tenía obesidad y diabetes para la época de celebración del contrato, necesariamente debía plantear y comprobar que el peritaje cuya preterición denuncia acreditaba la situación contraria, es decir, que no padecía de esas dolencias para esa calenda, lo cual no ocurrió, y no contentarse con sostener que no había registro del peso para la víspera de suscripción de los contratos de seguro.

Admitir lo contrario, conduciría al desconocimiento del principio lógico de identidad, conforme al cual una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo, que para el caso se traduciría en que el tomador no puede tener un peso adecuado o superior en una misma época, amén de desconocer que el juzgador podía deducir el estado de salud para la época de ajuste, esto es, septiembre de 2015 y junio de 2016, con base en el registro del peso en fechas razonablemente cercanas, tal como lo hizo al recurrir a las anotaciones tomadas antes y después de la cirugía bariátrica, llevada a cabo el 14 de diciembre de 2015, máxime cuando en este punto no está sometido a tarifa legal.

13.- Con miras a soportar el segundo grupo de inconformidades, se sostuvo que el tribunal supuso que la aseguradora podía conocer del sobrepeso del asegurado, a partir de: (i) el cercenamiento del testimonio de Sergio Plinio Quiñones; (ii) el registro de peso referido en dos asientos de

la historia clínica, sobre los cuales se planteó una conjetura en el pie de página No. 8 de la parte considerativa; y, (iii) una regla de la experiencia desprovista de soporte científico.

Conviene recordar el contenido del testimonio de Sergio Plinio Quiñones, quien manifestó que *«trabajé como jefe de seguridad del señor Jimmy Rentería Valencia»* (min. 8:35 a 8:40) y, *«lo conocí durante tres años, trabajé con él un año»* (min. 8:50 a 8:55), precisando que *«permanecíamos con él siempre en todos los lugares donde estaba, pero normalmente ... yo era el que estaba con él... en todo su círculo íntimo en todo estaba yo presente»* (min. 8:19 a 9:31).

Al ser interrogado sobre el oficio de su empleador, comentó que era *«comerciante, viajaba a Panamá a traer mercancía, ropa y tenía un establecimiento de licores»* (min 10:09 a 10:14), y respecto de la residencia dijo que vivía *«con la esposa y los hijos»* (min. 11:38 a 11:40).

Fue indagado sobre los seguros asumidos por su jefe, acotando que, sí los tomó, *«en Bancolombia, septiembre de 2015, fueron tres o cuatro, él fue a abrir una cuenta a Bancolombia, le ofrecieron unos seguros y él los tomó»* (min. 13:57 a 14:12), aquí dijo que en ese momento no estaba presente *«pero sé que se los ofreció una asesora cuando él abrió la cuenta y él los tomó, y en el 2016 tomó otro seguro»*, (min. 14:17 a 14:31), aunque luego indicó que *«estaba pendiente de la seguridad, pero sí estuve a un lado, cuando el asesor le ofreció los seguros, y luego los tomaron»* (min. 14:48 a 15:02).

Refirió que su jefe hizo *«hasta quinto de primaria»* (min 8:16 a 18:18), pero al discernir sobre su pericia laboral aseveró que *«él era muy hábil en sus negocios que hacía, en su ropa, en sus negocios»* (min. 18:49 a 18:57); al contestar si aquel era fácil de engañar, observó que *«puede ser una persona muy hábil, pero todos tenemos un momento en que fallamos»* (min. 19:09 a 19:32); e indicó que la letra del tomador era normal.

Con posterioridad, cuando fue interrogado sobre el conocimiento que tenía sobre el estado de salud de su empleador, expuso que *«estaba normal, él siempre estaba normal»* (min. 21:55 a 21:57), enfatizando que *«él estaba bien de salud, lo único era que estaba con peso relativamente, unos ciento y pico de kilos, pero no padecía ninguna enfermedad»* (min. 21:59 a 22:18); sin embargo, expresó que el tomador *«estuvo hospitalizado porque él se hizo un by pass»* (min. 22:35 a 22:37), aclarando que *«él se lo hizo porque tenía obesidad, pero no porque él estuviere enfermo, por estética se hizo eso, y quedó delgado»* (min. 22:52 a 23:45); cuando se le preguntó si aquel ingería medicamentos, contó que *«no, él era muy dado a la medicina alternativa, medicina, esta, natural, pues del pueblo, era de Buenaventura, entonces creía mucho en su medicina natural del pueblo»* (min. 26:24 a 26:40); y, expresó que aquél no se quejaba de ningún padecimiento.

Frente a la póliza de seguro de vida, afirmó que se suscribió en el 2016, pues *«él estuvo presente, fui yo quien lo pago con una niña Lina»* (min. 15:13 a 15:23), al preguntársele si le habían preguntado a su empleador sobre su estado de salud, adujo que *«no, el asesor le ofreció los seguros y él los tomó»* (min.

16:14 a 16:19), y luego dijo que *«la niña le colocó varios documentos allí, ella los llenó, firmó y hasta ahí»* (min. 17:41).

Cuando se le preguntó sobre las circunstancias que rodearon la firma de la póliza de vida, declaró que fue firmada *«en el sur, en el Barrio Piedad Córdoba, en la casa de la mamá»* (min 24:53 a 24:56), reiterando que estuvo presente en dicho acto, aquí, al responder si la aseguradora indagó sobre el estado de salud del tomador, contestó que *«en ningún momento, del estado de salud no dijo nada, porque nunca escuche que le hubieren preguntado, si estaba enferma o si tenía esto o lo otro»* (min 24:08 a 24:18); y, respecto de su conocimiento sobre las condiciones de la aseguranza, especificó que *«la niña le preguntó, por cuanto la iba a tomar, ella le ofreció lo que ella tenía, eran los montos, llegaron a quinientos setenta, el valor y, luego le preguntó cuáles eran los beneficiarios, y él le dio los nombres, ella misma estaba llenando todo»* (min. 29:08 a 29:32).

14.- El *ad quem* valoró de modo expreso la atestación, resaltando que el testigo presenció la suscripción de la póliza, no recuerda si su empleador fue indagado sobre su estado de salud y que en ese punto coincidía con la declaración de Sandra Paola Valencia; empero, consideró que esas manifestaciones no concordaban con lo expresado por el tomador en cada una de las pólizas contratadas, y que por esa razón no eran atendibles, ya que no era posible que un hábil comerciante hubiere firmado lo que le pusieron de presente, máxime cuando esto implicaba una erogación considerable.

Luego, recordó que el testigo estimaba que su jefe pesaba alrededor de ciento y pico. En ese momento, encontró que el testimonio concordaba con el interrogatorio de parte de los demandantes, la declaración de Sandra Paola Valencia Rentería, quien estimaba que su exesposo era obeso, y con los asientos de la historia clínica que registraban un peso de 131 kilogramos para el 13 de noviembre de 2009 y la práctica de un by pass gástrico en diciembre de 2015.

15.- El censor cuestionó dicha hermenéutica probatoria, argumentando que el testigo manifestó que la póliza fue suscrita en casa de la mamá del tomador y su diligenciamiento estuvo a cargo de la funcionaria de la aseguradora, pero que de dichas respuestas no se desprende que hubiere referido circunstancias que permitieran inferir que la obesidad era visible para la aseguradora, tales como la ropa traía puesta, si estaba sentado, el sitio en que sentó la asesora de la empresa, la distancia que mediaba entre aquella y el tomador, y las condiciones de iluminación del recinto.

16.- Puestos los dos extremos de comparación, despunta que el juzgador tuvo en cuenta manifestaciones del testigo, que efectivamente fueron realizadas, conforme a las cuales el asesor de la aseguradora no inquirió al tomador sobre su estado de salud, durante el procedimiento que condujo a la suscripción de la póliza, y descartó su mérito bajo el entendido de que el candidato a asegurarse ocultó información sobre su estado de salud al diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, y que no se justificaba que

un comerciante rubricara lo que le pusieron por delante, menos cuando era una decisión importante desde la arista económica. Entendimiento que, por demás, no es disputado por el casacionista.

De otro lado, se avista que recogió la referencia que el testigo hizo en torno al peso de su empleador, para enlazarla con otros medios probatorios, tales como los interrogatorios de parte, entre ellos el de Sandra Paola Valencia y, los asientos en la historia clínica relativos al peso tomado el 13 de noviembre de 2019 y la cirugía surtida en diciembre de 2015, para inferir que el sobrepeso del tomador era contemplable por la empresa del riesgo.

Aquí se advierte que la inferencia en comento, parte de articular un hecho que el testigo refirió textualmente, al dar respuesta a una pregunta en la diligencia que absolvió, con los elementos de juicio ya mencionados, para arribar a la conclusión desdeñada por la censura, deducción, que se itera, no es el resultado exclusivo del testimonio sometido a examen, sino de la apreciación en conjunto de varias probanzas.

De ahí que le correspondiera al casacionista, comprobar que el colegiado incurrió en error de hecho en el análisis de las pruebas contempladas para construir esa inferencia, pues todas ellas contribuyen a soportar la conclusión desdeñada, la cual está llamada a permanecer incólume mientras no se derriben todos los fundamentos que la soportan. Empero, tal laborío no se desplegó, ya que se

contrajo a desdecir del testimonio, sin enrostrar errores a la apreciación de las declaraciones de parte, aunado a que el reproche realizado respecto de la ponderación del peritaje fue inerte.

17.- Por demás, el casacionista no demostró que el testigo no hubiere emitido la manifestación que el tribunal utilizó para construir esa inferencia, la cual sí fue mencionada durante el testimonio; por el contrario, pretende hallar la pifia fáctica en aspectos que no fueron referidos por el testigo, como son la iluminación del recinto, la postura del tomador y el intermediario, o su respectivo vestuario, desconociendo que el juzgador no tenía que tenerlos en cuenta, esto sí, por ser ajenos al contenido de la prueba cuya indebida valoración denuncia en esta sede extraordinaria.

Cumple precisar que el censor debe demostrar el error y su ostensibilidad, es decir, que sea notorio e identificable con la simple observación de la prueba, sin necesidad de acudir a alambicados razonamientos o ejercicios especulativos; en otros términos, demanda dar cuenta de la sinrazón de la ponderación del tribunal, y hacer ver que la interpretación ofrecida por el recurrente es la única admisible.

No obstante, ese laborío no se cumple cuando se enfoca el juicio del tribunal sobre la base de aspectos que no se encuentran incorporados en el medio de prueba cuya apreciación se tilda de incorrecta, pues proceder semejante

es extraño al examen de yerros de facto que se realiza en casación, que necesariamente recae sobre el contenido material de cualquiera de las probanzas incorporadas al plenario, pero no sobre conjeturas del recurrente sobre situaciones que éstas no plasman.

18.- Alrededor de los cuestionamientos realizados a la ponderación de la historia clínica, en especial, de los referidos en la nota de pie de página ocho de la motivación del fallo censurado, se recuerda que en esta se dijo, que:

«debe tenerse en cuenta que las cuatro pólizas de bancaseguros fueron tomadas antes de la realización del by pass gástrico, registrando la historia clínica para el 18 de septiembre de 2015 un peso de 104 kilos y un diagnóstico de obesidad II y que para el momento de tomar la póliza de seguro de vida individual el señor Valencia aún pesaba entre 98 y 95 kilos como lo refleja la nota en la historia clínica en las atenciones de enero y octubre de 2016».

Juicio controvertido por el recurrente, quien lo cataloga como una mera conjetura, argumentando que el tomador ostentaba una altura de 1,78 metros, la cual le permitía disimular su peso.

Por tratarse de una referencia al pie, también debe recordarse cuál fue el contexto en que fue citada, que corresponde a los siguientes motivos de la sentencia enjuiciada:

«En este asunto, tampoco es motivo de discusión que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA en el mes de diciembre del año 2015 se sometió a un bypass gástrico y que de contera, era una persona obesa como así aparece consignado en su historia clínica desde el año 2009 (folios 218 y ss. donde se registra para el 13 de noviembre de 2009 un peso de 131 kilos) y como así lo informaron

los propios demandantes en sus interrogatorios de parte: la señora SANDRA PAOLA VALENCIA (ex – esposa del causante que vivió con él hasta el año 2009-2010) dijo que el señor Valencia Rentería tenía obesidad, estaba muy gordo, mientras que el testigo Sergio Plinio Quiñones dijo que el peso de su empleador era de unos ciento y pico

Conforme con lo anterior, para la Sala la obesidad o, si se quiere, el sobrepeso del señor Valencia Rentería, aspecto visible para los funcionarios de la aseguradora 8 , debió llevar a que ésta realizara indagaciones adicionales sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas si se tiene en cuenta que si bien no podría exigirse a los asesores que diagnosticaran propiamente la obesidad mórbida que padecía el causante, toda vez que ésta ostenta unas características médicas particulares (como el índice de masa corporal) y menos aún la diabetes, sí les era exigible que ante el sobrepeso del tomador sospecharan de otras patologías, **pues bien es sabido que la obesidad por regla general va aparejada con otros padecimientos tales como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, etc.».**

19.- Acorde con esta contextualización, se deduce que en el párrafo donde se citó el pie de página, se concluyó la inferencia probatoria construida en líneas que le antecedieron, en la que, tras ponderar el asiento de la historia clínica de 13 de noviembre de 2009 y diciembre de 2015, los interrogatorios de los demandantes, la declaración de Sandra Paola Valencia y el testimonio de Sergio Plinio Quiñones, se coligió que los funcionarios de la aseguradora podían contemplar la obesidad, o el sobrepeso, del tomador.

En esos términos, se deduce que el propósito de la nota de pie de página ocho (8) fue proporcionar un apoyo, o abundar en razones, para sostener la conclusión de esa inferencia, es decir, la visibilidad del sobrepeso del candidato a tomador para la víspera del aseguramiento, pero el razonamiento que respalda fue edificado sobre la base de otros medios de prueba.

De ahí que, antes, de enrostrarle desatino a la evaluación probatoria de la referencia de pie de página, que se insiste fue citada como razón accesoria para respaldar la inferencia elaborada sobre la base de otras probanzas, debía socavar los cimientos sobre las cuales fue edificado el razonamiento principal, pero tal carga no fue cumplida por el casacionista, quien, en modo alguno, demostró que éste hubiere sido determinado por la comisión de error de hecho en alguna de las pruebas utilizadas para construirla, y que esté desatino la tornó contraevidente.

20.- Al margen de lo anterior, el casacionista no esgrimió motivos que permitan poner en entredicho la debida contemplación de la prueba tenida en cuenta para soportar el razonamiento del pie de página, esto es, los asientos de la historia clínica extendidos el 18 de septiembre de 2015, «enero» y «octubre» de 2016. En efecto, tales anotaciones registran que el tomador pesaba 104, 98 y 95 kilogramos, respectivamente, de modo que no se observa que el tribunal hubiere cercenado o supuesto la información que allí se consigna.

21.- El último reproche del censor, se centra en que el tribunal supuso la existencia de una prueba, cuando consideró que el sobrepeso va acompañado de otras patologías, ya que con esta afirmación creó una regla de la experiencia desprovista de soporte científico, y partiendo de esta coligió, equivocadamente, que la aseguradora debía sospechar que el tomador tenía dichas enfermedades.

22.- Verificado el último párrafo de la sentencia, de los que se transcribieron con antelación, se observa que el colegiado: (i) a partir de la inferencia ya comentada, determinó que los funcionarios de la aseguradora podían percibir el sobrepeso del tomador; (ii) esa situación, no implica que contara con la facultad de diagnosticar la diabetes o la obesidad mórbida, padecida por aquél, ya que estas tienen características médicas particulares; pero, (iii) sí le permitía sospechar de la existencia de patologías en la persona del asegurado, pues, «*por regla general*», la obesidad va acompañada de otras enfermedades, de las cuales cita la diabetes o la hipercolesterolemia.

A partir de ahí, se colige que, el tribunal dedujo que los funcionarios de la aseguradora podían percibir sensorialmente el sobrepeso del tomador, y que partiendo de esa percepción debían sospechar que dicho estado estaba acompañado de otras dolencias, aplicando para tal propósito, una regla de la experiencia, consistente en que las personas obesas suelen tener enfermedades.

23.- Las reglas de la experiencia son criterios utilizados para establecer si un hecho está probado; se infieren por el juzgador, partiendo de la apreciación de situaciones que ocurren en la vida, y de consecuencias que generalmente suceden; se distinguen porque puede ser identificadas por cualquier persona de conocimientos medios en un contexto determinado, toda vez que se reconducen al sentido común; debido a su naturaleza experiencial no están compendiadas

en estatuto sustantivo, por ende su aplicación es una cuestión de hecho, no de derecho, por ende las desavenencias que se susciten respecto de ellas han de estudiarse bajo el sendero de la vía indirecta, ora por la comisión de errores de hecho o de derecho en la valoración las pruebas utilizadas para deducir su aplicación en el caso concreto.

La utilización de las reglas de la experiencia para ponderar medios probatorios incorporados al expediente es cuestión íntimamente vinculada a la autonomía con que cuenta el juzgador para apreciar el contenido del conjunto probatorio y de cada elemento convictivo en particular, en la medida en que tiene que ver con la selección de los estándares, pautas o criterios que emplea para examinar el plenario con sujeción a los dictados de la sana crítica.

Por estas razones, en línea de principio, la selección y aplicación de la máxima de la experiencia no es susceptible de atacarse en sede de casación, pues de admitirse, esa posibilidad con amplitud se terminaría interfiriendo abruptamente en la metodología empleada por el juzgador para dirimir el caso, asumiendo atribuciones propias de la instancia, que como es sabido, son extrañas a la decisión de este recurso extraordinario.

23.1. Sin embargo, admiten un control residual, el cual se presenta cuando se cometen errores de hecho manifiestos y trascendentes en la evaluación de las pruebas, que sirvieron de base para aplicarla, ya que en este caso el

proceso de subsunción carecería de sindéresis, en la medida en que se emplearía la máxima como criterio de ponderación de hechos contraevidentes; también, cuando su aplicación conduzca a la infracción de disposiciones que gobiernen la ritualidad probatoria o el aporte de pruebas al proceso, es decir, a un error de derecho.

Así mismo, el control, también comprende el evento, en que so pretexto del recurso a las máximas de la experiencia se termina empleando un parámetro contrario u opuesto a la razón, siempre que su aplicación conduzca a la pifia fáctica, materializada en el cercenamiento, tergiversación o suposición de determinada prueba, que sea manifiesta y trascendente para la adopción de la decisión que finalmente se adoptó.

23.2. Al abordar las máximas de la experiencia, el tratadista Manuel de Plaza, refirió que:

«La dogmática parece inclinada a catalogar bajo la expresión máximas de la experiencia, ciertas normas de estimación y valoración inducidas de las realidades prácticas de la vida, que son fruto de la observación de los hechos que acaecen en la vida social. CHIOVENDA, cuando se ocupa de ellas, precisamente al tratar de la casación, dice que el concepto es equivalente al de <<juicios generales, no privativos de la relación jurídica de que se trate, fundados sobre la observación de lo que comúnmente acontece y que, como tales, pueden hacerse en abstracto por cualquier persona sana de mente y de un nivel medio de cultura>>. Y, por su parte, GAUPP-STEIN, en sus comentarios a la ordenanza procesal alemana, las define de este modo: <<reglas de la vida y de la cultura general formadas por inducción, mediante la observación de la práctica y las reglas especiales de la técnica de las artes, en las ciencias y en la vida social, en el comercio y en la industria, que implícitamente, sin relación directa con el caso

concreto debatido, se aplican siempre en el proceso, como premisas de los hechos litigiosos>>»⁷.

23.3. Así mismo, el tratadista Hernando Morales Molina, apuntó que:

«Las máximas de la experiencia constituyen pues, normas de apreciación probatoria inducidas de las realidades de la vida y fruto de la estimación de los hechos, ya que se fundan en lo que generalmente sucede. Se deducen por cualquier persona sana de mente y de tipo medio en determinado lugar. Por eso varían según las peculiaridades geográficas, económicas, sociales y raciales. Algunos las llaman standars jurídicos, o sea reglas de sentido común. Otros distinguen cualitativamente entre estos y aquellos, según se funden en reglas de derecho o reglas de conducta social.

Pero debe distinguirse entre la apreciación de los hechos que configuran dichas conductas, que es lo que depende de la discrecionalidad del juez de instancia, de que ellos sean los exigidos por la ley para la configuración de determinada conducta, pues este aspecto, si cae bajo el control de la casación, ya que estimar como constitutivos de culpa, v.gr., hechos que revelan prudencia y diligencia, implicaría craso error de hecho y por ende contraevidencia.

En los supuestos indicados, el juez emplea las máximas de la experiencia para establecer si un hecho se acomoda o no a la conducta o inconducta prevista en la norma sustancial para que ésta opere, ya que para apreciar tales conceptos se acude al resultado de las observaciones de muchos casos, de conocimiento general. El juez entonces aplica su experiencia y observación, sobre pruebas que le ayudan a precisar las conductas en el proceso en relación con los hechos concretos, llegándose inclusive a los hechos notorios que no requieren prueba, porque constituyen constantes sociales de objetiva apreciación, a los cuales debe reconocerse esta categoría en un momento dado dentro de cada país o región»⁸.

23.4. Al respecto, la Sala en SC3249-2020, adveró que

⁷ DE LA PLAZA, Manuel. La Casación Civil. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado. Reimpresión 2021, Págs. 263 y 264.

⁸ Morales Molina, Hernando. Técnica de Casación Civil. Bogotá, D.C: Ediciones Academia Colombiana de Jurisprudencia. Reimpresión de la segunda edición, diciembre de 2014, Pág. 162.

«(...) De ahí que deba decirse que si el sentenciador valoró determinada prueba en forma arbitraria e irracional, es decir, distanciado de toda lógica, o si es manifiestamente absurda su inferencia respecto de ella por haber aplicado una inexistente regla de la experiencia, o haber dejado de aplicar una que en criterio del censor debió tomarse en cuenta, tal yerro de estimación probatoria constituye un error de hecho que debe demostrarse como tal, no de derecho, cabalmente porque, como ya se dijera, las máximas de la experiencia no son normas jurídicas cuyo quebrantamiento sea el medio que conduzca a la violación de la norma sustancial.

Quiérese poner de presente, entonces, que si, como ha quedado establecido, el sistema de valoración de las pruebas se fundamenta en la libertad del juzgador para discernir sobre ellas, librado, por consiguiente, de las ligaduras propias de la tarifa legal, es patente, igualmente, como ya lo dijo esta Corporación, que él “goza de autonomía o, mejor, soberanía en el ejercicio de tal labor, sin que le sea dado a la Corte, como tribunal de casación, imponer límites a esa facultad legal o establecer confines dentro de los cuales ella puede realizarse, pues de ese modo la tasa legal que el estatuto procedimental repudia, se vería sustituida por una tarifa de carácter jurisprudencial.

*“Como la soberanía del juzgador de instancia en el punto no puede desbocarse hacia la arbitrariedad, cabalmente, porque su ponderación debe ser razonada, es decir, fundada en el sentido común y las máximas de la experiencia, la labor del recurrente en casación sube de punto cuando trata de cuestionar la crítica que de la prueba haga el Tribunal, pues puede acontecer que éste la hubiese percibido en su realidad objetiva, solo que al razonar sobre ella, o sea, al pasarla por el tamiz que el sentido común y las reglas del saber empírico conforman, le reste credibilidad, de modo que sería vana una confrontación entre lo que el medio dice con lo que el Tribunal afirmó de él, desde luego que en tal evento ambos coincidirían. **Por el contrario, debe circunscribirse a demostrar que el fallador, desligado de toda lógica y sensatez, valoró antojadiza e inicua mente la prueba, o que la supuesta regla de la experiencia de que se vale, raya en lo absurdo, o porque se equivoca manifiestamente al creer ver en el proceso la hipótesis de aquella regla, sin que ella en verdad exista**” (casación del 24 de marzo de 1998). Y tal incorrección de la sentencia debe denunciarse, como ha quedado asentado y allí mismo se dijera, como un error de facto en la apreciación de la misma. [subraya intencional].*

(...) Infiérese de lo dicho que, en tal hipótesis, la acusación del recurrente debe orientarse a denunciar la comisión de un error de hecho en la apreciación de la prueba, no de derecho, cabalmente, porque dichas reglas carecen de contenido normativo, es decir, no son normas legales reguladoras de la actividad probatoria».

De acuerdo con estas pautas, no se advierte que la regla de la experiencia que el juzgador empleó para deducir que la aseguradora podía sospechar de la existencia de potenciales patologías en cabeza del tomador, sea absurda, ilógica, irrazonable o contraria al sentido común, habida cuenta que la obesidad ha sido considerada, en contextos sociales y científicos, como un problema de salud pública, precisamente porque constituye tanto una enfermedad, en sí misma, como una condición que coadyuva al surgimiento o agravación de otro tipo de padecimientos.

La razonabilidad de esta regla no se desdice, aduciendo que supone que una persona obesa siempre está enferma, pues se insiste en que las máximas de la experiencia son inducciones que realiza el juzgador sobre asuntos que generalmente suceden, sin que esto implique negar la posibilidad de que concurran circunstancias de excepción, lo cual pudo demostrarse durante la instancia, pero no se hizo; tampoco puede tildarse de ilógica, argumentando que comporta un trato discriminatorio en perjuicio de los individuos obesos, ya que no se observa que las diferencie con los sujetos delgados en torno al otorgamiento de una prestación, o que mancille el principio de igualdad ante la ley.

Ahora bien, no se detecta que en la determinación de los supuestos fácticos sobre los cuales se aplicó la regla de la experiencia se hubiere incurrido en un error de hecho, toda vez que el reproche, en este especial tópico, se contrajo a decir que la máxima no estaba soportada científicamente

dentro del proceso, desconociendo que es un criterio valorativo que utiliza el juzgador dentro de la autonomía que la ley le otorga para valorar las pruebas con arreglo a la sana crítica, tal como se explicó en líneas anteriores.

Por lo expuesto, el cargo deviene frustráneo.

SEGUNDO CARGO

Esgrime el casacionista que el fallo del tribunal incurrió en violación directa del artículo 1058 del Código de Comercio, pues interpretó equivocadamente el alcance de dicha preceptiva.

El tribunal, después de concluir que la aseguradora había dejado de ser diligente por no advertir hechos que debía y podía conocer sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas, la cuestionó por incoar la nulidad relativa después de que los beneficiarios presentaran la reclamación, y por alegar la reticencia por hechos que no tienen que ver con las circunstancias en que se produjo la muerte del tomador.

Argumentación que no comparte, pues desconoce que la obligación del tomador de declarar con sinceridad el estado del riesgo, se remonta a la etapa anterior a la contratación, y tiene por objetivo garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del asegurador, protegiéndolo del fraude del tomador, sin que interese la razón del ocultamiento de la

información, es decir el dolo o la culpa, ni los móviles concretos que determinaron al tomador a declarar de modo reticente o inexacto.

Expuso que la disposición infringida no consagra un límite temporal para que el asegurador pueda invocar la nulidad relativa derivada de la inexactitud o reticencia, ni supedita su alegación a una forma procesal específica, ya que puede aducirse como acción, es decir mediante la promoción de un proceso judicial para el reconocimiento de esa invalidez, o como excepción, para resistir el litigio que en su contra se promueva para obtener el pago de las cantidades determinadas en la póliza.

Así las cosas, el tribunal no podía distorsionar el alcance de la norma en comento, recortando la posibilidad de incoar la nulidad relativa hasta antes de la presentación de la reclamación, ni menos catalogar su invocación posterior como conducta contraria a la probidad contractual, máxime cuando el descubrimiento de la reticencia, por regla general, se produce cuando el asegurador examina los comprobantes presentados para acreditar los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio, lo cual ocurre, con independencia de que se haya autorizado la consulta de la historia clínica desde la suscripción del contrato.

Estimó que el tribunal incurrió en desatino, por sostener que no es adecuado que la aseguradora objete la reclamación por circunstancias que no se relacionan con la manera en que se materializó el deceso del tomador, por

cuanto dicha interpretación desconoce que el artículo 1058 del Código de Comercio, no condiciona la sanción de nulidad a la relación de causalidad entre reticencia y siniestro ulterior, por el contrario, la reconduce al quebrantamiento de la carga de declarar con sinceridad el estado del riesgo, resaltando así el principio de buena fe que preside la relación aseguraticia.

También, pasó por alto que la sanción de nulidad relativa responde a criterios objetivos, consistentes en que la reticencia o inexactitud, de ser conocida por el asegurador, hubiere conducido a que no se celebrara el contrato o hacia la estipulación de condiciones más onerosas para el tomador.

Ignoró que el contrato celebrado, mediando el incumplimiento del tomador de su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, conduce inexorablemente a la declaración de nulidad relativa, pues dicha sanción reprime la conducta del tomador contraria a la buena fe contractual, que se exterioriza durante la etapa formativa del contrato, sin que interese que el siniestro se produzca por una causa relacionada, o no, con la reticencia, ya que este es un hecho que ocurre durante la ejecución del negocio.

Agregó, que el entendimiento del tribunal desconoce la sentencia C-232 de 1997, mediante la cual se declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, entre otras razones, bajo el entendido, de que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo sumerge al contrato en el error, cuya ocurrencia debe ser declarada, con

independencia de consideraciones extemporáneas sobre la relación entre reticencia y siniestro.

Finalmente, le atribuye al colegiado la emisión de una afirmación que le otorgó prioridad a una sentencia de tutela, en concreto la T-282 de 2016, sobre la citada sentencia de constitucionalidad, desconociendo que la primera tiene efectos inter partes y la segunda consecuencias erga omnes; aunque precisó que la aserción fue expuesta por el sentenciador, luego de calificar como irrelevante a la discusión planteada en la excepción de mérito denominada *“no debe existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado”*.

CONSIDERACIONES

1.- El recurrente centró su ataque por la vía directa, aduciendo que el tribunal interpretó erróneamente el artículo 1058 del Código de Comercio.

2.- La admisibilidad del ataque por la vía directa es incompatible con el planteamiento de debates probatorios, ya que en esta causal se presupone la aceptación del análisis fáctico realizado en la sentencia opugnada, por consiguiente la censura debe circunscribirse a la inobservancia de normas jurídicas sustanciales, bajo las modalidades de falta de aplicación, interpretación errónea o aplicación indebida.

3.- Antes de analizar el reproche planteado, debe examinarse si cumple con los requisitos establecidos para atacar una sentencia en casación, pues aunque se hubiere superado el examen de admisibilidad de la demanda, la connotación extraordinaria del recurso impide pronunciarse de mérito sobre un ataque mal formulado, toda vez que carecería de sentido entrar a resolver sobre cuestionamientos ajenos a la providencia censurada (desenfocados), desprovistos de la incidencia necesaria para modificar el sentido de la decisión de instancia (intrascendentes), o despreocupados de arremeter en contra de los fundamentos basilares que condujeron al fallo opugnado (incompletos).

4.- Con respecto a la regla de completitud, se recuerda que para el reproche casacional sea admisible se necesita que conduzca a infirmar todas las motivaciones que determinaron al *ad quem* a expedir la sentencia controvertida, por consiguiente, no serán admisibles las desavenencias que omiten por completo dicha crítica, por centrarse en asuntos ajenos al litigio o al planteamiento de alegaciones de instancia; o que solo la cumplen parcialmente, por reconducirse a cuestionar específicos pilares de la decisión, pero dejando incólume el peso de otros cimientos que la soportan.

En este orden, se recalca que las sentencias atacadas en esta sede extraordinaria están cubiertas por una presunción de acierto y legalidad, la cual acompaña a la integridad de la fundamentación jurídica y apreciación fáctica que condujeron a su parte resolutive, de manera que

cuando el casacionista abandona en todo, o en parte, la disputa respecto de este conjunto de razonamientos se entiende que acepta la corrección de la porción que dejó de atacar, y que esta es suficiente para mantener la sindéresis de la providencia.

5.- Entre otros pronunciamientos, la corporación ha abordado la regla de completitud en el recurso de casación, ilustrando que:

«En cuanto refiere a la precisión que debe caracterizar los cargos, se ha dicho también que ‘resulta indispensable que, entre otros aspectos, exista una ‘relación’ entre la ‘sentencia y el ataque que se le formula’ (auto de 19 de noviembre de 1999, Exp. No. 7780), simetría que debe entenderse, además, según recientemente puntualizó la Corte, ‘como armonía de la demanda de casación con la sentencia en cuanto a la plenitud del ataque, es decir, porque aquella combate todas y cada una de las apreciaciones jurídicas y probatorias que fundamentan la resolución’ (auto de 8 de agosto de 2003, Exp. No. 40301, que hace eco de otro anterior, G.J. CCLV-116).

Como la sentencia tiene una arquitectura lógica, soportada en los argumentos y pruebas que fueron basilares para la solución del litigio, la impugnación, para que sea precisa, debe recorrer el itinerario inverso al seguido por el Tribunal, para así derruir todos y cada uno de los pilares que sirven de apoyatura a la decisión jurisdiccional.

Así las cosas, se reiteró que ‘los cargos en casación han de ser totalizadores, lo viene pregonando de continuo la Corporación, pues aunque ‘el recurrente acuse la sentencia por violación de varias disposiciones civiles, la Corte no tiene necesidad de entrar en el estudio de los motivos alegados para sustentar esa violación, si la sentencia trae como base principal de ella una apreciación que no ha sido atacada en casación, ni por violación de la ley, ni por error de hecho o de derecho, y esa apreciación es más que suficiente para sustentar el fallo acusado’ (LXXI, pág. 740; LXXV, pág. 52; CXLVIII, pág. 221. Sent. Cas. Civ. de 29 de septiembre de 2004, Exp. 4664)». (Casación Civil de 21 de febrero de 2001, Exp. 05001-3103-007-2001-00263-01, reitera Casación Civil de 22 de enero de 2007, Exp. 54405-31-89-001-1994-00184-02).

6.- Conforme a dicha explicación, luego de revisar la sentencia se divisa que su razón medular fue la aplicación del inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, el cual regula un supuesto de excepción a la sanción de nulidad relativa derivada de la reticencia del tomador, edificada sobre el consentimiento presunto del asegurador sobre el estado del riesgo, el cual se materializa cuando aquel conoció o debió conocer circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración de asegurabilidad.

En efecto, a pesar de que el sentenciador estudió la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo que recae sobre el tomador, y de concluir que la desatendió, cuando dejó de informar la diabetes mellitus que padecía desde antes de la suscripción de las aseguranzas, estimó que la aseguradora no fue acuciosa y diligente en su investigación sobre el objeto del aseguramiento, en la medida en que contempló la obesidad - o sobrepeso - del candidato a tomador, y dejó de sospechar que tal circunstancia era indicativa de otras enfermedades, que podían detectarse antes de asumir la cobertura del riesgo.

7.- Con base en esta recapitulación, se observa que el censor, en el planteamiento de este cargo, centró su ataque, únicamente, sobre el acápite de la sentencia, en donde se cuestiona su probidad contractual por haber demandado la nulidad relativa de los seguros con posterioridad al recibo de su reclamación, y por objetar esta última con base en hechos ajenos a la causa del siniestro.

Por este motivo, al margen de la posición, que pudiere tener la corporación, en torno a los reproches realizados por el sentenciador a la oportunidad de la acción de nulidad y la razonabilidad de la reclamación, lo cierto es que su estudio no debe acometerse en esta sede extraordinaria, por cuanto el cargo nada dijo respecto del argumento central de la providencia cuestionada, esto es sobre la aplicación de la norma sustancial contentiva de la dispensa de nulidad concebida sobre el consentimiento presunto del asegurador, es decir, el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

8.- Así las cosas, sin perjuicio de que se concordara o discrepara del fondo del embate del recurrente, es nítido que conforme a la sustentación del cargo, quedó incólume la fundamentación jurídica expuesta por el colegiado tanto para entender que el asegurador podía conocer la información ocultada por el tomador, como para abstenerse de reconocer la excepción de nulidad relativa de la aseguranza, toda vez que el censor, cuando soportó este cargo por infracción directa, nada dijo respecto de la interpretación o aplicación del inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, atinente a la institución del conocimiento presunto o presuntivo del asegurador sobre hechos o circunstancias del estado del riesgo.

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, como ampliamente se explicó líneas atrás» (folio 35 del pdf de sentencia de segunda instancia).

9.- Y, tal situación era conocida por el censor, pues al formular el cargo afirmó que:

*«En la sentencia impugnada, **después de concluirse que** mi representada había dejado de ser un asegurador acucioso y diligente por no advertir hechos que debió o pudo conocer sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas -en clara muestra de subjetividad judicial-, **el Tribunal añadió, a manera de colofón,** dos reproches puntuales a Suramericana: el primero, por haber ejercido la acción de nulidad de los contratos de seguro celebrados entre las partes, después de que los beneficiarios presentaron la reclamación para que les fueran pagados los valores asegurados mencionados en cada una de las cinco pólizas expedidas y, el segundo, por alegar una reticencia del asegurado que no tenía relación con las circunstancias en las que se produjo su muerte» (Énfasis es de la Corporación).*

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 ende, el cargo no prospera.

10.- Debido al fracaso del recurso de casación, se condenará a la recurrente a pagar las costas causadas durante su trámite, lo anterior de acuerdo con el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil y Agraria, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NO CASAR la sentencia proferida el 1º de diciembre de 2020, por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, Sala Civil, en el proceso que se dejó plenamente identificado al comienzo de este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta sede extraordinaria a la parte recurrente. Para su cuantificación, inclúyase el equivalente de diez s.m.l.m.v. como agencias en derecho.

Cópiese, notifíquese, cúmplase y, en oportunidad, devuélvase el expediente al Tribunal de origen.

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

Presidente de Sala

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Firmado electrónicamente por

Martha Patricia Guzmán Álvarez
Presidente

Hilda González Neira
Magistrada

Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo
Magistrado

Luis Alonso Rico Puerta
Magistrado

Octavio Augusto Tejeiro Duque
Magistrado

Francisco Ternera Barrios
Magistrado

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en artículo 103 del Código General del Proceso y el artículo 7 de la ley 527 de 1999

Código de verificación: AF25B4E4612FE739DB095DF3F3735C16D301909995564D8E982FBDE972C5726B

Documento generado en 2023-07-11