



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Escuela Judicial
"Rodrigo Lara Bonilla"



SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO



FUNDAMENTOS
TÉCNICOS Y JURÍDICOS



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Escuela Judicial
"Rodrigo Lara Bonilla"



SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO



FUNDAMENTOS
TÉCNICOS Y JURÍDICOS

Contenido

1. ASPECTOS TÉCNICOS Y JURÍDICOS DEL SOAT	5
1.1. Naturaleza Jurídica del Soat	5
1.2. Fundamentos del Soat	9
1.3. Normas Especiales aplicables al Contrato de Seguro	15
1.4. Coberturas del Soat	25
2. JURISPRUDENCIA CASOS PRÁCTICOS SOAT	35
2.1. Términos de prescripción contrato de seguro: Sentencia T-160A/19, Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, Magistrado Sustanciador: Luis Guillermo Guerrero Pérez	35
2.2. Prescripción aplicable a facturas por prestación de servicios médicos como requisito para reclamar con cargo al amparo de gastos médicos del Soat: Corte Suprema de Justicia sentencia del 19 de febrero de 2002, Expediente 6011 y Concepto No. 2008026912-001 del 16 de julio de 2008	41
2.3. Honorarios Juntas de calificación de Invalidez: Concepto 2019009983-004 del 23 de abril de 2019 de la Superintendencia Financiera de Colombia	50

1. ASPECTOS TÉCNICOS Y JURÍDICOS DEL SOAT



1.1. Naturaleza Jurídica del Soat

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - Soat fue creado mediante la Ley 33 de 1986, con la finalidad de garantizar, entre otros, la atención médica oportuna a las víctimas de accidentes de tránsito, de acuerdo con las coberturas definidas en el Decreto 780 de 2016.

De este modo tanto conductores, pasajeros o peatones son beneficiarios de este seguro.

Las principales características de este seguro son:

- Es obligatorio para todos los vehículos que se movilicen en territorio Nacional, tal como lo establece el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en su artículo 192 y el Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002) en su artículo 42.
- Es un seguro de accidentes personales.
- Cubre los daños corporales a las personas en accidente de tránsito.
- Cubre a todas las víctimas de un accidentes de tránsito.
- Los asegurados son las víctimas de accidentes de tránsito.
- Tiene un amparo por muerte y auxilio funerario a favor de los beneficiarios de las víctimas de un accidente de tránsito.
- Es irrevocable en virtud del numeral 5 del artículo 41 del Decreto 56 de 2015¹ incorporado en el Decreto 780 de 2016.
- No tiene en cuenta la responsabilidad en el accidente de tránsito para acceder a sus coberturas.



¹ Artículo 41. Condiciones del Soat. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del Soat, las siguientes: (...) 5. Irrevocabilidad. La póliza del Soat no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

Ahora bien, para analizar la naturaleza jurídica del Soat es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales a saber:

a.



La clasificación del Soat, en cuanto a su naturaleza de carácter público o privado derivada de su vocación solidaria, toda vez que a pesar de ser un seguro al que le son aplicables las normas del contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio, también se encuentra relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, por las transferencias y contribuciones que son recaudadas con la tarifa del seguro, lo cual será abordado de forma específica en este documento más adelante; y

b.

En cuanto a su clasificación dentro de la teoría general del contrato de seguro, se debe destacar que por lo general, se considera que este seguro obedece a un seguro de accidentes personales (seguro de personas).

Ahora bien, la naturaleza jurídica del Soat está vista como un esquema de administración de riesgos, cuyo fundamento es la solidaridad y contiene elementos propios del seguro de accidentes personales. La naturaleza jurídica del Soat se acerca más a un seguro de accidentes personales, en especial, si se tienen en cuenta los que para el Soat son señalados en el numeral 2 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, a saber:

a.



Cubrir la muerte o los daños corporales físicos causados a las personas; los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud;

b.

La atención de todas las víctimas de los accidentes de tránsito, incluso las de causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados, comprendiendo al conductor del vehículo respectivo;

c.

Contribuir al fortalecimiento de la infraestructura de urgencias del sistema general de seguridad social en salud, y

d.

La profundización y difusión del seguro mediante la operación del sistema de seguro obligatorio de accidentes de tránsito por entidades aseguradoras que atiendan de manera responsable y oportuna sus obligaciones”.

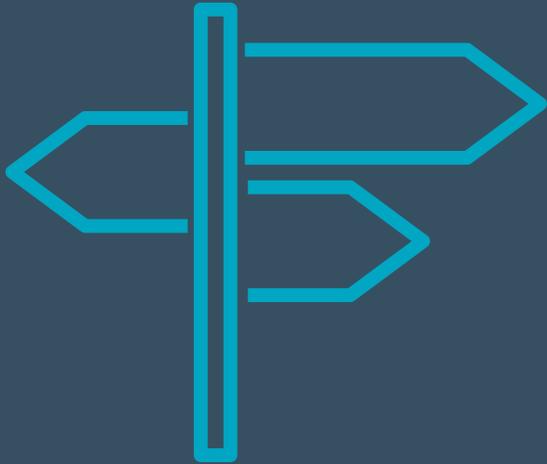
Así las cosas, el Soat se clasifica como un seguro de accidentes personales que se enmarca dentro de la clasificación de los seguros de personas y por ello le son aplicables los artículos 1137 a 1162 del Código de Comercio.

Al respecto, el profesor Javier Tamayo Jaramillo estima que el Soat es un seguro de naturaleza de accidentes personales ya que: “(...) así se desprende de la denominación que el legislador le ha dado en el encabezamiento del decreto; de otro lado, la indemnización del perjudicado no está condicionada a la responsabilidad del tomador causante del daño, ya que ni siquiera la causa extraña libera de sus obligaciones al asegurador (...)”².

Aunado a lo anterior, debe recordarse que el interés asegurable en el Soat es propio de los seguros de accidentes personales y no uno de responsabilidad civil pues busca proteger la vida, salud e integridad y no el patrimonio del asegurado, pues, además, el asegurado no es el causante del daño sino la víctima del accidente.

Ahora bien, el Soat, desde su creación, surge con una finalidad de tipo social y solidario frente a las víctimas de accidentes de tránsito, que son la parte débil y vulnerable dentro de dicho conflicto jurídico. Por tal razón, se constituye de forma obligatoria la adquisición del Soat con el fin de garantizar una atención de tipo inmediato a las víctimas de accidentes de tránsito con el fin de preservar su vida e integridad personal.

2 Tamayo Jaramillo, J. (2007). Tratado de Responsabilidad Civil (2ª edición). Bogotá: Legis.



1.2. Fundamentos del Soat

El Soat es un seguro de obligatoria adquisición que debe contratarse por los propietarios de todos los vehículos automotores que transiten en el territorio Nacional. Este seguro ampara contra los daños corporales que se causen durante los accidentes de tránsito a las personas involucradas en estos hechos, sin importar el rol que ocupen en la vía al momento del siniestro, esto es, si participaban como conductores, peatones u ocupantes de los vehículos involucrados. Adicionalmente, el Soat ampara las víctimas de accidentes relacionados con los vehículos extranjeros que circulen por las carreteras del país, quienes están obligados a tener una póliza vigente para movilizarse por las vías nacionales.

Este seguro no ampara los Daños Patrimoniales causados en un accidente de tránsito como son la pérdida parcial o total del vehículo, ni las lesiones personales que no estén relacionados con el accidente de tránsito.

Funda

Soat
Fundamentos



El Soat tiene como objetivo que las víctimas del accidente de tránsito obtengan una atención médica hospitalaria integral por las lesiones personales originadas en dichos eventos, además de indemnizar a la víctima o sus beneficiarios por incapacidad permanente o muerte a consecuencia del accidente, incluidos gastos funerarios y de transporte, de conformidad con el Decreto 780 de 2016.

Al respecto, el profesor J. Efrén Ossa, menciona: el Soat es "(...) un contrato indemnizatorio por el solo ministerio de la ley, que entiende que el asegurado no deriva ganancia, que no se enriquece si recibe, con ocasión del siniestro, el valor nuevo de los bienes asegurados (art. 1088), y que este provee al resarcimiento de un daño emergente que, para el efecto, se identifica con su necesidad financiera surgida del infortunio, de atender a la restauración de la instalación asegurada sin la erogación económica a que daría origen su demérito" ³.

Por tanto, una de las características esenciales del Soat es la búsqueda de la cobertura inmediata por parte del prestador de servicios de salud a la víctima para lograr su atención eficaz, para lo cual se constituyen diferentes mecanismos como el principio de inoponibilidad de las excepciones.

Pues bien, para garantizar la atención inmediata de la víctima se puede aportar como prueba de la ocurrencia de los hechos la orden de comparendo expedida por el agente de tránsito, el informe policial de accidentes de tránsito o en caso de no existir informe de tránsito, la denuncia por lesiones personales u homicidio o excepcionalmente una declaración extrajuicio rendida por la víctima.

3 Teoría general del seguro. El contrato. Editorial Temis, Bogotá, 2a. ed. pág. 14.



Por tanto, procede citar el estudio publicado en el año 2019 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros – Acolde, en el cual definen las principales características del Soat como contrato de seguro, así:

1. “(...) Es un contrato de seguro. Concretamente un seguro terrestre. Según lo dispuesto por el numeral 4 del artículo 192 del EOSF, en lo no previsto en el capítulo correspondiente, al Soat le serán aplicables las disposiciones que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio.
2. Es un seguro cuya obligatoriedad surge de la ley.
3. Conforme a lo dispuesto por el art. 192 del EOSF es un seguro obligatorio para todo vehículo, y su otorgamiento es también obligatorio para las entidades aseguradoras. Esta es una clara restricción legal a la libertad de las aseguradoras para asumir riesgos consagrada en el artículo 1056 del Código de Comercio.
4. El seguro tiene por objeto garantizar la atención de todas las víctimas de accidentes de tránsito. La obligación de la aseguradora es la de pagar la prestación establecida en la póliza para cubrir los gastos derivados de los daños corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes de tránsito.
5. El interés asegurable consiste en la vida e integridad corporal de las potenciales víctimas de accidentes de tránsito, las cuales ostentan la calidad de asegurados en el Soat.

-
- 6.** El riesgo que cubre el Soat es el hecho futuro e incierto consistente en la eventual ocurrencia de un accidente de tránsito que genere daños a personas, en el cual el vehículo descrito en la póliza se vea involucrado.
-
- 7.** Las coberturas otorgadas por el Soat son definidas por las normas (Art.192 y 193 EOSF y el Decreto 780 de 2016)
-
- 8.** De acuerdo con lo señalado anteriormente y en consideración a los riesgos y coberturas de la póliza de Soat, este seguro corresponde a un seguro de personas.
-
- 9.** La obligación de la aseguradora no va más allá de la suma asegurada correspondiente a cada uno de los amparos. En los casos de muerte de la víctima, la aseguradora paga el valor establecido para esta cobertura. En los casos de incapacidad permanente es igual, pero aplicando al valor de la prestación a cargo de la aseguradora el porcentaje de incapacidad correspondiente. En el caso del amparo de gastos es salud el valor que pagará la aseguradora ascenderá al monto de los servicios suministrados a la víctima. Se trata de un típico seguro de personas en el que se incluyen los amparos de muerte, incapacidad total y permanente y gastos de salud.
-
- 10.** El tomador del seguro no es el asegurado. Tienen la calidad de asegurado todas las víctimas. El asegurado es toda víctima de un accidente de tránsito. El conductor del vehículo será asegurado en los casos en que revista la condición de víctima. En consecuencia, es un seguro por cuenta ajena, por cuenta de las víctimas que al momento de celebrar el contrato tienen el carácter de terceros indeterminados. El titular del interés asegurable son las víctimas del accidente de tránsito.
-

11. El riesgo en los seguros de accidentes personales como bien lo dice el profesor Ossa, consiste en la muerte o incapacidad por causas accidentales, y dentro del mismo se entienden incluidos los gastos que se derivan de tales circunstancias como son los gastos funerarios, de traslado de víctimas y de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios derivados de accidentes.

12. Conforme a lo dispuesto en el Parágrafo del artículo 193 del EOSF, no cabe la coexistencia de seguros.

13. En los casos de accidentes en que hayan participado dos o más automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones correspondientes a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes del vehículo se podrá formular la reclamación a cualquiera de las aseguradoras, la cual estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí. De conformidad con lo establecido en el numeral 5 del art. 194 del EOSF, hay solidaridad entre las aseguradoras por el pago de las prestaciones derivadas del Soat, a diferencia de lo que ocurre en los casos de coexistencia de seguros.

14. No es un seguro de responsabilidad civil. El pago efectuado por la aseguradora que otorga la cobertura del Soat, en relación con el automotor causante de daños a las personas en accidentes de tránsito, no impedirá a la víctima o a sus derechohabientes reclamar del responsable las indemnizaciones a que crean tener derecho conforme a las normas legales. (Art. 194 num.4 EOSF). La acción que tiene la víctima contra la aseguradora no es la acción directa del seguro de Responsabilidad Civil, sino la acción como beneficiario de un seguro de accidentes personales para reclamar la prestación correspondiente.

15.

No se admite el otorgamiento de la cobertura obligatoria mediante otras pólizas distintas a la especialmente designada por la ley. No puede reemplazarse por amparos otorgados bajo otras pólizas. Las aseguradoras no pueden ofrecer la cobertura mediante otra póliza diferente a ésta, ni cobrar primas adicionales por ese amparo. Esta previsión legal resulta lógica de cara al riesgo amparado bajo estas pólizas, tomando en consideración que, tratándose de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios, y funerarios, quien tenga derecho no podría recibir doble pago por el mismo concepto. Lo anterior resulta coherente con la naturaleza de la cobertura y con el principio indemnizatorio aplicable a esta clase de seguros de personas.”⁴

4 Análisis legal sobre naturaleza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito – Soat. Comisión Académica de Estudio Asociación Colombiana de Derecho de Seguros, ACOLDESE. MARIA CRISTINA ISAZA POSSE y BERNARDO SALAZAR. Bogotá, diciembre de 2019.



Finalmente, es de resaltar que este seguro no tiene exclusiones⁵ y opera exista o no responsabilidad en el accidente vial del conductor del vehículo asegurado.

5 9. Exclusiones. Salvo las excepciones previstas en este decreto, el Soat no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.



1.3. Normas Especiales aplicables al Contrato de Seguro

Ocurrencia y Cuantía Siniestro Soat

En cumplimiento del artículo 1077 del Código de Comercio, propiamente sobre el Soat, es importante resaltar que para reclamar con cargo a las coberturas del Soat ante la compañía de seguros, deben demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro, lo cual procede de conformidad con los requisitos expresamente establecidos por ley en el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016.

Aunado a lo anterior, y a manera de ejemplo, sobre el amparo de gastos médicos, los prestadores de servicios de salud que atendieron a la víctima, en su calidad de beneficiarios del Soat, tienen derecho a reclamar la cobertura de servicios médicos y transporte presentando los respectivos soportes de la reclamación, que serán numerados más adelante, y los formularios ⁶ de reclamación, en los términos de la nota externa No. 201633200889671 del 13 de mayo de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

⁶ FURIPS (Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se usa en la atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos); FURPEN (Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Víctimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios. Es necesario en la reclamación de indemnizaciones por incapacidad permanente, gastos funerarios o muerte de la víctima); FURTRAN (Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas. Se usa en la reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas); FURCEN (Formulario único de certificación para el censo de víctimas en eventos terroristas o catastróficas. Este formato aplica para los comités locales y/o Regionales de Emergencias en el que se incluyen las víctimas de evento terrorista o catastrófico).



Ahora bien, a esos beneficiarios no les serán oponibles los vicios o defectos relativos a la celebración del contrato de seguro, por ejemplo los relacionados con el artículo 1058 del Código de Comercio, ya que así lo ordena el numeral 3⁷ del artículo 41 del Decreto 56 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016.

Términos de Prescripción en Soat

En cuanto a los términos para presentar la reclamación ante la aseguradora con cargo a las coberturas del Soat, el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, establece expresamente la aplicación de las normas especiales del contrato de seguro, propiamente lo definido en los artículos 1077 y 1081 del Código de Comercio.

Para efectos de contabilizar los términos de prescripción aplicables a las coberturas del Soat, previa presentación de la reclamación ante la compañía de seguros, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, define:

7 3. Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios. A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.



“Artículo 41. Condiciones del Soat. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del Soat, las siguientes:

1.

Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del Soat, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1

La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2

La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3

La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4

La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad”



Ahora bien, el régimen de prescripción del contrato de seguro previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, define dos prescripciones que corren paralelas: la ordinaria de 2 años que se cuenta desde el conocimiento del hecho (siniestro) y la extraordinaria de 5 años que se computa desde la ocurrencia misma del hecho.

En relación con el Soat, el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, establece expresamente:



“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término: (...)

b). Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio”.

En cuanto al cómputo de los plazos de prescripción frente a los prestadores de salud, la Superintendencia Financiera de Colombia, mediante concepto No. 2002042135-1 de enero 24 de 2003 manifestó:



“Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, disposición de carácter imperativo y teniendo en cuenta que en el supuesto planteado, con la atención de la víctima la IPS tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria empezaría a contar desde el momento en que la I.P.S. conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la factura, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el Soat ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción”.

Respecto al ámbito del artículo 1081 de Código de Comercio, a menos que exista una norma específica en contrario ⁸, su aplicación se predica sin distinción para todas las acciones derivadas del contrato de seguro, lo cual comprende también la acción ejecutiva. Así lo ha entendido de manera unánime la doctrina y la jurisprudencia.

El Dr. Hernán Fabio López Blanco ⁹ afirma de manera contundente:



"5. Alcance de la prescripción previsto en el artículo 1081 del código de comercio: en su parte inicial, el artículo citado dice que la prescripción ordinaria o la extraordinaria se refiere a las acciones ' que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que los rigen', con lo cual se establece con claridad que toda acción que encuentre su fuente directa en una disposición relativa al contrato de seguro, se rige por el art. 1081, norma que, por lo tanto, cobija la acción ejecutiva y la ordinaria, sin que los diferentes plazos establecidos para ellas en el código civil u otras normas especiales tengan aplicación dentro de ese campo" (subrayado fuera de texto)

El Dr. J. Efrén Ossa ¹⁰, por su parte, comparte el mismo planteamiento:



"El art. 1081 versa, en general, sobre todo en las acciones que da origen el contrato de seguro, a cada una de las cuales es aplicable, según las circunstancias, la prescripción ordinaria o la extraordinaria. No distingue entre acción ejecutiva y acción ordinaria. Con una naturaleza u otra, lo que prescribe es la acción" (subrayado fuera de texto)

⁸ Por ejemplo en materia de proceso de responsabilidad fiscal el artículo 120 de la Ley 1474 de 2011 establece: Artículo 120. Pólizas. Las pólizas de seguros por las cuales se vincule al proceso de responsabilidad fiscal al garante en calidad de tercero civilmente responsable, prescribirán en los plazos previstos en el artículo 9° de la Ley 610 de 2000.

⁹ López Blanco, Hernán Fabio, Comentarios al Contrato de Seguro, 5ª edición, Dupré Editores, Bogotá, 2010, pág. 313

¹⁰ Ossa Gómez, J. Efrén, Teoría General del Seguro - El Contrato, Editorial Temis, Bogotá, 1991, pág. 519

La jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, también de manera consistente considera aplicable el artículo 1081 del Código de Comercio a la acción ejecutiva derivada del contrato de seguro.

En sentencia de 4 de marzo de 1989 afirmó:



"Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro, sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la de ejecución, sea que persigan su esclarecimiento o reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva, están sometidas inexorablemente a los plazos instantivos que prevé el artículo 1081 del ordenamiento comercial" (subrayado fuera de texto)

Luego, en sentencia de 19 de febrero de 2002, Exp. 6011, manifestó:



"Síguese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1º del precepto que se analiza, "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...", de todas ellas por igual, reitera la Corte "podrá ser ordinaria y extraordinaria". Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue." (subrayado fuera de texto)

Y en sentencia de 29 de junio de 2007, Exp. 04690-01, indicó:



“b) De otra parte, hay que destacar que el legislador, de manera general, esto es, sin perjuicio de excepciones ex lege, dispuso que las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente. Obsérvese que la norma del artículo 1081 del Código de Comercio, sobre el particular, no hizo diferencias, de forma que se refirió a que la “prescripción” de las “acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo regulan”, de todas, huelga puntualizar, “podrá ser ordinaria o extraordinaria”. Síguese de ello, que una y otra de estas especies de prescripción, en línea de principio rector, pueden afectar cualquiera de tales acciones, por manera que no le es dable al intérprete, en guarda del centenario y conocido axioma, distinguir allí donde el legislador no lo hizo (Ubi lex non distinguit, nec nostrum est distinguere)” (subrayado fuera de texto)

Por otra parte, puede ocurrir que una IPS pretenda ejercer la acción cambiaria¹¹ basada en la factura como título valor. Sobre el particular, la Superintendencia Nacional de Salud en concepto No. 3-2014-018905¹², luego de manifestar que el término de prescripción de las facturas y el del Soat es distinto y que la prescripción del Soat se rige por el artículo 1081 de Código de Comercio, concluye:



“En consecuencia, sin perjuicio de los términos establecidos para el ejercicio de la acción judicial en materia de facturas, el término prescriptivo de las reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud directamente ante las aseguradoras, derivadas de las coberturas del Soat, es el establecido en el artículo 1081 del C.Co.”

11 La acción cambiaria cuenta con sus propias reglas de prescripción en los artículos 789 y 790 del Código de Comercio, a saber: La acción cambiaria directa prescribe en 3 años a partir del día de vencimiento y la acción cambiaria de regreso del último tenedor del título valor prescribirá en 1 año.

12 Boletín Jurídico No. 34 Enero – Marzo 2015, pág. 9

Con base en lo expuesto se concluiría que si la IPS ejerce la acción cambiaria la prescripción aplicable será la prevista para dicha acción, es decir 3 años.

Ahora bien, recordemos que cuando se ejerce la acción cambiaria el demandado puede proponer las excepciones causales derivadas del negocio subyacente según lo enseña el numeral 12 del artículo 786 del Código de Comercio:



“12) Las derivadas del negocio jurídico que dio origen a la creación o transferencia del título, contra el demandante que haya sido parte en el respectivo negocio o contra cualquier otro demandante que no sea tenedor de buena fe exenta de culpa”

Con base en lo anterior, la aseguradora del Soat está facultada para oponer a la demanda de la IPS apoyada en la acción cambiaria la excepción de extinción del derecho de la IPS derivado del contrato de seguro (que es la fuente de la obligación de la aseguradora) por haber operado la prescripción propia del contrato de seguro.

Se advierte que la excepción a la que se hace referencia no es la del numeral 10 del artículo 786 del Código de Comercio, por cuanto esta se refiere a la prescripción de la acción cambiaria, sin involucrar el derecho derivada de la relación subyacente. En efecto, el citado numeral señala:



“10) Las de prescripción o caducidad, y las que se basen en la falta de requisitos necesarios para el ejercicio de la acción”.

Dicho de otro modo, el camino consiste en invocar la excepción causal del numeral 12, proveniente de la relación causal consistente en la extinción del derecho a la indemnización del seguro, por haberse configurado la prescripción del artículo 1081 del Código de Comercio.

En consecuencia, se presentarán casos en los cuales la acción cambiaria no estará prescrita por no haber transcurrido 3 años (no procede invocar el numeral 10), pero el derecho surgido de la relación causal se habrá extinguido por la prescripción propia del contrato de seguro que es la que es el fundamento de la relación causal.

De otra parte, en cuanto a la terminación del contrato de seguro por transferencia del interés asegurable, nótese como el numeral 7 del citado artículo 41 del Decreto 56 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, en contraposición a los artículos 1086 y 1107 del Código de Comercio¹³, dice lo siguiente:



“7. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.” (subrayado fuera del texto)

Es decir, en el Soat el contrato de seguro no termina por el traspaso de la propiedad del vehículo.

Ahora, en cuanto a una posible coexistencia de seguros porque sobre el mismo vehículo se expidan dos pólizas Soat, en el concepto 2015035080-004-000 del 28 de mayo de 2015 la Superintendencia Financiera de Colombia - SFC, reiterando su concepto 2015020189-001 del 17 de marzo de 2015, sostuvo que en estos casos se debe aplicar los artículos 1092 y 1093 del Código de Comercio, en el sentido de que en caso de siniestro, existiendo coexistencia de seguros, las aseguradoras deben soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos.

Finalmente, en cuanto a la vigencia del Soat, reiteró la SFC en el citado concepto, que la misma debe tenerse en cuenta a partir de las 00 horas del día, mes y año de inicio de la vigencia y no desde la expedición efectuada por la aseguradora.

13 Art. 1086.-El interés deberá existir en todo momento, desde la fecha en que el asegurador asuma el riesgo. La desaparición del interés llevará consigo la cesación o extinción del seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 1070, 1109 y 1111.

Art. 1107.-La transferencia por acto entre vivos del interés asegurado o de la cosa a que esté vinculado el seguro, producirá automáticamente la extinción del contrato, a menos que subsista un interés asegurable en cabeza del asegurado. En este caso, subsistirá el contrato en la medida necesaria para proteger tal interés, siempre que el asegurado informe de esta circunstancia al asegurador dentro de los diez días siguientes a la fecha de la transferencia. La extinción creará a cargo del asegurador la obligación de devolver la prima no devengada. El consentimiento expreso del asegurador, genérica o específicamente otorgado, dejará sin efectos la extinción del contrato a que se refiere el inciso primero de este artículo.



1.4. Coberturas del Soat

¿A quién cubre el Soat?

Cubre a todas las víctimas: al conductor, a los ocupantes particulares, a los pasajeros (vehículos de servicio público), a los peatones.

¿Quién está obligado a prestar atención médica a las víctimas de un accidente de tránsito?

Todos los hospitales y clínicas, tanto públicas como privadas están obligados a prestar la atención médica en forma integral, desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final.



Coberturas del Soat

del SOAT

¿Qué cubre el Soat?

Las coberturas del Soat y sus cuantías son:



Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios Hasta 800 S.M.D.L.V. (Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes al momento del accidente)

Incapacidad Permanente Hasta 180 S.M.D.L.V.

Muerte y gastos funerarios 750 S.M.D.L.V.

Gastos de transporte y movilización de las víctimas.
10 Salarios S.M.D.L.V.

Es de aclarar que los amparos operan de forma independiente para cada víctima sin importar el número de personas afectadas en un mismo accidente de tránsito.

De forma específica, las coberturas del Soat y sus montos asegurados son:

1.4.1. Gastos Médicos o Servicios Médicos – Quirúrgicos Hasta 800 S.M.D.L.V. (Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes al momento del accidente)

Estos servicios de salud que comprenden: Atención inicial de urgencias y atención de urgencias; atenciones ambulatorias intramurales; atenciones con internación; suministro de dispositivos médicos; material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis; suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos; traslado asistencial de pacientes, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico; rehabilitación física y rehabilitación mental.

Requisitos para presentar la reclamación:



Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. (FURIPS)

Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda.



Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio.

Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

En este punto cabe anotar, que la factura es tan solo un requisito mas para demostrar en la ocurrencia y la cuantía y reclamar ante la compañía de seguro, puesto que, por si sola no constituye una obligación de pago para la aseguradora.

En línea de lo expuesto, en relación con el amparo de gastos médicos, procede citar las siguientes especificaciones aplicables a esta cobertura:



En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el valor de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado.

Si en el accidente se involucran personas que no ocupaban el vehículo, estos o sus familiares podrán reclamar a cualquiera de las entidades aseguradoras; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos.

Si en el accidente hay un vehículo que no esté asegurado o que no esté identificado el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos de las víctimas del accidente de tránsito, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres.

Cuando el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del Soat, es la compañía aseguradora la que debe cubrir los gastos que correspondan.



Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura previamente establecidos los asumirá la EPS a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la ARL, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes reglamentados, serán atendidos por instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto.

1.4.2. Indemnización por Incapacidad Permanente Hasta 180 S.M.D.L.V. (Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes al momento del accidente)

Se entiende como incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

Esta cobertura no aplica para incapacidades temporales y necesariamente debe afectar la capacidad laboral.

Ahora, la incapacidad permanente se determinará de acuerdo con la tabla de valuación de incapacidades y el manual de invalidez que se utiliza en el Sistema de Riesgos Laborales - ARL. Para determinar el valor de la indemnización por incapacidad permanente es obligatorio aportar el certificado o dictamen expedido por las juntas de calificación de invalidez.

Requisitos para presentar la reclamación:



Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado.

Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo

a lo establecido en el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.

Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.

Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.

Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad

Dictamen de Junta de Calificación de Invalidez

Sobre el reconocimiento de los honorarios del dictamen de la junta de calificación de invalidez el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, define los legitimados y beneficiarios de la indemnización por el amparo de incapacidad permanente. A su vez, define requisitos y procedimiento para reclamar ante las compañías de seguros con cargo al Soat.

El procedimiento para presentar una reclamación con cargo al Soat, por tratarse de un seguro obligatorio, se encuentra definido y regulado normativamente en el país.

Como requisito para presentar la reclamación por el amparo de incapacidad permanente con cargo al Soat, el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016, establece:



“Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente. Para radicar la solicitud de indemnización por incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, un evento catastrófico



de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado, la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o su apoderado, según corresponda, los siguientes documentos: (...)

2. Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo con lo establecido en el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral” (Subrayado fuera de texto)

En relación con lo anterior, el Decreto 019 de 2012 fija el procedimiento para la calificación de invalidez, el cual define que la calificación de invalidez será determinada de conformidad con las normas vigentes sobre la materia y el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual es expedido por el Gobierno Nacional y contempla los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias a las siguientes entidades:



Instituto de Seguros Sociales

Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Administradoras de Riesgos Laborales

Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte

Entidades Promotoras de Salud EPS

Si el interesado no está de acuerdo con la calificación, deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los

cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días.

El dictamen de declaración de invalidez expedido por cualquiera de las anteriores entidades debe contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.

Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades mencionadas sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad.

Teniendo en cuenta que el límite de calificación del estado de invalidez, concebido por la ley 100 de 1993, se encuentra fijado en 50%, para efectos de aplicar la obligatoriedad de acudir a la Junta Regional de calificación de invalidez, mencionada en el párrafo anterior, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe estar entre 45% y 55%.

De las normas citadas, en relación con las compañías de seguros del Soat, se puede establecer que tienen la posibilidad de realizar la calificación de pérdida de capacidad laboral, en tanto tengan autorizado el ramo de ARL, invalidez o muerte (Previsional). Cabe resaltar, que en lo que respecta a los seguros de invalidez o muerte, se refiere al ramo del seguro Previsional, el cual hace parte fundamental del Sistema General de Seguridad Social Integral creado por la Ley 100 de 1993 en Colombia, el cual tiene por objeto garantizar a quien cotiza a pensiones el reconocimiento y pago de una pensión en caso de invalidez o a sus beneficiarios en caso de muerte (también conocido como sobrevivencia), siempre y cuando estas circunstancias sean el resultado de una enfermedad o accidente de origen común.

Por lo anterior, a la luz de las normas que regulan la materia, no todas las aseguradoras que comercializan Soat tendrían la facultad de emitir el dictamen objeto de estudio en este escrito, solamente las que tengan aprobado el ramo de ARL o Previsional tendrían la facultad de realizar la calificación en primera oportunidad.

Sobre el particular, el Ministerio de Salud y Protección Social bajo concepto rad. 20181120078841 de fecha 04 de julio de 2018, concluye:



“En lo que respecta a los honorarios de la correspondiente junta regional o nacional de calificación de invalidez, debe señalarse que conforme al artículo 20 del mencionado Decreto 1352 de 2013, su pago deberá efectuarse por el “solicitante” del dictamen, calidad predicable de las diferentes personas y entidades enlistadas en el artículo 28 ibidem, como son las EPS, las Administradoras de riesgos laborales, las Administradoras del sistema general de pensiones, los empleadores, los trabajadores, etc.” (subrayado fuera de texto)

En línea de lo expuesto la Superintendencia Financiera de Colombia – SFC, en concepto 2019009983-004 del 23 de abril de 2019 de la SFC, menciona:



“En armonía con lo previsto en el artículo 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo), el cual señala como regla general que los honorarios de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez deberán ser cancelados por el solicitante, y sólo en el evento en que las mencionadas juntas actúen como peritos por solicitud, entre otras, de las compañías de seguros, a estas últimas les corresponderá cubrir tales honorarios” (...) (subrayado fuera de texto)

Así las cosas, procede considerar que la obligación del pago de los honorarios de las juntas de calificación de invalidez como requisito para reclamar el amparo de incapacidad permanente del Soat, recae en quien solicita y le asisten el derecho de reclamar en calidad del beneficiario del seguro.

1.4.3. Indemnización por Gastos Funerarios y Muerte de la Víctima 750 S.M.D.L.V. (Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes al momento del accidente)

Se cubre la muerte de la víctima como consecuencia del accidente vial siempre que ocurra dentro del año siguiente a la fecha de este. Este amparo se paga una sola vez y de conformidad con el Decreto 056 de 2015, incorporado en el Decreto

780 de 2016, los beneficiarios para reclamar este amparo, son el cónyuge o compañero (a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. De no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero (a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiarios los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.

Requisitos para presentar la reclamación:



Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, debidamente diligenciado.

Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima de accidente de tránsito, fue atendida antes de su muerte.

Registro Civil de Defunción de la víctima.

Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.

Copia del Registro Civil de Matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.

Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.

Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.

Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.

Copia del documento de identificación de los reclamantes.



Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.

Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.

1.4.4. Gastos de Transporte 10 S.M.D.L.V. (Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes al momento del accidente)

Cubre el valor del transporte inicial de la víctima del sitio del accidente al establecimiento hospitalario más cercano, con capacidad de atender al paciente.

Requisitos para presentar la reclamación:



Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado (FURTRAN). Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.



2. Jurisprudencia Casos Prácticos Soat



2.1. Términos de prescripción contrato de seguro: Sentencia T-160/19, Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, Magistrado Sustanciador: Luis Guillermo Guerrero Perez.

Indemnización derivada de incapacidad permanente causada por accidente de tránsito-término para presentar la solicitud ante la compañía aseguradora / indemnización derivada de incapacidad permanente causada por accidente de tránsito-requisitos.

Derecho a la indemnización derivada de incapacidad permanente causada por accidente de tránsito-Orden a Aseguradora reconocer y pagar indemnización con cargo a la póliza del Soat.

Bogotá, D.C., nueve (9) de abril de dos mil diecinueve (2019)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente:

Hechos

El 15 de enero de 2016, la señora Asceneth Vera Álzate sufrió un accidente de tránsito en el que un vehículo, amparado por una póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito[1] expedida por la empresa accionada, la atropelló mientras caminaba.





El 24 de mayo de 2017, la señora Vera Álzate solicitó a la aseguradora adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez que le ocasionó aquel accidente, con el propósito de tramitar el reconocimiento de la indemnización por incapacidad permanente a cargo de la compañía aseguradora.

La referida junta de calificación, mediante dictamen del 10 de febrero de 2018, calificó en única instancia las secuelas que el accidente de tránsito dejó a la peticionaria. Puntualmente, valoró a la tutelante con una pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 37.93%, estructurada el 16 de enero de 2016.

El 21 de marzo de 2018, la demandante radicó en las instalaciones de la empresa accionada la reclamación para obtener la indemnización por la incapacidad permanente que le provocó el accidente de tránsito. Sin embargo, mediante escrito fechado el 17 de mayo de 2018, la compañía negó la solicitud luego de señalar que el término establecido en el artículo 15 del Decreto 56 de 2015 para presentar la reclamación ante la aseguradora había prescrito, pues, por ejemplo, entre la fecha del accidente - 15 de enero de 2016 - y la solicitud de calificación de la invalidez —28 de diciembre de 2017— pasaron más de dieciocho meses.

Fallo de primera instancia

Mediante sentencia del 20 de junio de 2018, el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Armenia declaró improcedente el mecanismo de amparo, pues consideró que la demandante cuenta con otros medios de defensa judicial para ventilar la controversia objeto de estudio y que su pretensión desborda la competencia del juez de tutela, ya que se trata de un asunto de carácter económico y contractual que carece de relevancia constitucional.

Además, el a quo afirmó que la demandante interpuso la acción de tutela con el fin de revivir el término que tenía para presentar la solicitud de indemnización a la aseguradora, pese a que, a su juicio, no acreditó haber desplegado las actuaciones necesarias dirigidas a solucionar el problema relacionado con la prescripción de la reclamación.

Fallo de Segunda instancia

Posteriormente, en sede de segunda instancia el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Armenia, mediante sentencia del 24 de julio de 2018, reiteró los argumentos expuestos por el a quo y, además, advirtió que en el caso concreto no estaba acreditada la concreción de un perjuicio irremediable, motivo por el cual confirmó el fallo de primera instancia.

Consideraciones de la Corte

La Sala advierte que dilatar una decisión de fondo en este asunto podría degenerar en el desamparo de las garantías fundamentales de la peticionaria, pues el apremio de la solicitud de amparo exige una respuesta judicial inmediata sin someter a la tutelante a una espera mayor de la que ya ha afrontado desde la interposición de la presente acción, toda vez que: (i) las secuelas del accidente de tránsito provocaron, de forma intempestiva, una situación de discapacidad que afectó la funcionalidad y la capacidad ocupacional de la tutelante en un grado relevante, pues la calificación de invalidez ascendió a 37.93%; (ii) a partir del accidente la demandante depende de la asistencia física de terceros, así como del uso de ayudas técnicas o dispositivos de apoyo para realizar sus actividades básicas diarias; y (iii) la peticionaria carece de recursos económicos propios y, por ende, pertenece al régimen subsidiado de salud y su sostenimiento está a cargo de una sobrina, quien además de velar por otros dos adultos mayores, adujo que sus ingresos no eran regulares y provenían de labores domésticas.

Así las cosas, no solo hace que sea insoportable dilatar la respuesta judicial que se pretende obtener, sino que además explica la premura con la que la demandante acude al juez de tutela reclamando una prestación económica asociada a la incapacidad permanente que le causó, de forma súbita y drástica, un suceso que no pudo prever en términos probabilísticos suficientes y que deterioró su calidad de vida en aspectos cotidianos que le impiden autosatisfacer los cuidados básicos que una persona requiere diariamente o la necesidad de locomoción intrínseca a cualquier sujeto.

Planteamiento del problema jurídico constitucional

A la Sala le corresponde decidir si la compañía de seguros, en el marco de la operación del Soat, vulneró el derecho al debido proceso de la accionante luego de objetar la reclamación de la indemnización por incapacidad permanente argumentando que, de acuerdo con el artículo 15 del Decreto 56 de 2015, el término para presentar la solicitud había prescrito al contabilizar el plazo: (i) a partir de

la fecha del accidente de tránsito, y no desde cuando se produjo el dictamen que decretó su pérdida de capacidad laboral y ocupacional en un 37.93%; y (ii) a partir de la fecha en que la aseguradora consignó el pago de los honorarios a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío, y no desde cuando la peticionaria solicitó a la compañía accionada adelantar las gestiones pertinentes para que se calificara el grado de invalidez que le ocasionó aquel accidente.

Con el fin de resolver el problema arriba planteado, la Sala se referirá al término para presentar, ante una compañía aseguradora que opere el Soat, la solicitud de indemnización por la incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, y posteriormente analizará el caso concreto.

El término para presentar, ante una compañía aseguradora que opere el Soat, la solicitud de indemnización por la incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito

El Decreto 56 de 2015 establece, entre otras cosas, las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el Soat.

Por ello, en el marco de dicha reglamentación se establece un término para presentar la reclamación de indemnización por incapacidad permanente, es decir, una carga establecida en interés del beneficiario cuya omisión conlleva la prescripción de la solicitud, y su observancia permite garantizar seguridad jurídica a las partes.

Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas, así: (subrayado fuera de texto)



“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.



La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes”

Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del Soat, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de “[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral”.

Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A[34], T-557[35] y T-662 de 2013[36] coinciden en que la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.

En torno a este punto, y en relación con las pólizas de Soat, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si

la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el Soat se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

Decisión

Revocar el fallo de tutela proferido el 24 de julio de 2018 por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Armenia, a través del cual se confirmó la sentencia dictada el 20 de junio de 2018 por el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de la misma ciudad, y en su lugar, CONCEDER el amparo del derecho fundamental al debido proceso de la señora Asceneth Vera Álzate.

Ordenar a la compañía de seguros que, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la notificación de la presente providencia, reconozca y pague a la señora Asceneth Vera Álzate la indemnización por incapacidad permanente con cargo a la póliza del Soat que corresponda, en los términos del Decreto 56 de 2015, compilado a su vez en los artículos 2.6.1.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016.



2.2. Prescripción aplicable a facturas por prestación de servicios médicos como requisito para reclamar con cargo al amparo de gastos médicos del Soat: Corte Suprema de Justicia sentencia del 19 de febrero de 2002, Expediente 6011 y Concepto No. 2008026912-001 del 16 de julio de 2008

Hechos

Las aseguradoras Agrícola de Seguros, La Andina e Interamericana Compañía de Seguros, celebraron con el demandado contratos de seguros de incendio, inundación y daños por agua, para amparar varios establecimientos comerciales del asegurado, con vigencia 11 de Septiembre de 1989 al 10 de Febrero de 1990.



Las primas totales que debía pagar el Asegurado ascendían a un valor de COP 39.420.935, las cuales no fueron pagadas por el Asegurado dentro del término establecido.

El 16 de Noviembre de 1989 ocurrió un siniestro en una de las propiedades aseguradas.

Las compañías aseguradoras designaron un ajustador, el cual valoró los daños en COP 6.716.617,40, y pagaron al asegurado un anticipo de COP 6.000.000.

Prescripción



El asegurado mediante comunicación del 14 de Julio de 1990, informó su decisión de cancelar la totalidad de los contratos de seguros que había celebrado, procediendo la Aseguradora a expedir los correspondientes certificados de terminación.

El 19 de Octubre de 1990, las aseguradoras objetaron la reclamación hecha por el asegurado en cuanto a una reconsideración de la cuantía de la pérdida.

Las aseguradoras descontaron de las primas iniciales, no pagadas por el asegurado, el valor de las primas correspondiente al periodo de vigencia que quedaba pendiente, quedando un valor adeudado por el demandado de COP 29.357.245.

Las aseguradoras demandaron al asegurado con el fin que se declarara que el Asegurado incumplió con el pago de las primas, incumpliendo así con las obligaciones contractuales derivadas de las pólizas de seguros y que por tanto se le condenara a pagar el valor de COP 29.357.245.

El asegurado como contestación a la demanda original, presentó demanda de reconvención en contra de las Aseguradoras requiriendo el pago de la indemnización correspondiente al valor 39.420.935, por el siniestro ocurrido el 16 de Noviembre de 1989.

Planteamiento del problema Jurídico

¿El término de prescripción ordinaria o extraordinaria se aplica indistintamente tanto para las acciones iniciales como para las demandas de reconvención que se deriven de estas?

Fallo de Primera Instancia

El Juzgado Tercero Civil del Circuito Especializado de Medellín, declaró que el demandado incumplió con el pago de primas a que estaba obligado en virtud de los contratos de seguro y en consecuencia lo condenó a pagar a las demandantes la suma de COP 27.301.675. Resolvió la demanda de reconvención, condenando a las entidades aseguradoras a pagar al demandado original, la suma de COP 32.724.835 como indemnización por el siniestro ocurrido el 16 de Noviembre de 1989. Se reconoce la excepción de compensación adeudadas correlativamente.

Fallo de Segunda Instancia

El Tribunal Superior de Medellín revocó la sentencia de primera instancia, en cuanto a que impuso al demandado el pago del monto adeudado de las primas, y en su lugar declaró configurada la excepción de extinción de la obligación por prescripción. Así mismo, confirmó la sentencia estimatoria de la pretensión incoada en la demanda de reconvencción.

El Tribunal parte de la explicación de las obligaciones que surgen del contrato de seguro, para el asegurado de pagar la prima, y para el asegurador, asumir el riesgo.

El incumplimiento del deber del asegurado, destruye el vínculo jurídico creado por el contrato, el cual termina y se extingue hacia el futuro pero no al pasado, pues el asegurador puede reclamar el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

De acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, el asegurador debe ejercer en el término de dos años la acción para reclamar el pago de la prima devengada, contados a partir del mes con que cuenta el tomador para pagar, transcurridos los cuales la obligación se extingue por prescripción.

En cuanto a la obligación del asegurador, esta depende del cumplimiento de la condición suspensiva que es la ocurrencia del siniestro, y su exigibilidad está supeditada a un plazo suspensivo de un mes, contado a partir de cuando el beneficiario o asegurado cumpla con lo previsto en el Artículo 1077 del Código de Comercio. Una vez vencido este plazo, el asegurado puede solicitar coercitivamente el mismo.

El Tribunal estima que el incumplimiento en el pago de las primas, daba derecho a las aseguradoras a reclamar el mismo, contando con el término de dos años computables a partir del mes siguiente a la expedición de cada uno de los anexos contentivos de la renovación, y teniendo en cuenta que en Mayo 26 de 1993 ya se había superado este término, esta inactividad produjo la extinción por prescripción de la obligación. Por lo anterior revoca la sentencia de primera instancia.

Se confirma la sentencia de primera instancia en cuanto la objeción que hicieron las aseguradoras sobre el valor estimado de la pérdida, el cual fue ratificado por los peritos designados, estableciendo un monto a pagar de COP 32.724.985 de los cuales solo se pagaron COP 6.000.000. Sin embargo, no se causan intereses pues ello está legalmente previsto para cuando la objeción no es seria y fundada y en este caso la objeción si reunía tales características.

Demanda de Casación

La demanda de casación interpuesta por el demandado original se fundamentó en los siguientes cargos:



Cargo Primero: se basa en la causal primera del artículo 368 del Código de Procedimiento Civil, en el sentido que la sentencia del Tribunal es directamente violatoria, por interpretación errónea, del artículo 1081 del Código de Comercio. Encuentran las recurrentes que el Tribunal se equivocó al considerar que la prescripción ordinaria aplica solo para algunos casos, como son las acciones derivadas de los artículos 1058, 1061, 1066 y 1071 del Código de Comercio, y que la prescripción extraordinaria solo tiene cabida en relación con la acción indemnizatoria del siniestro.

El sentido del artículo 1081 del Código de Comercio es que la prescripción ordinaria corre en todos los casos, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho que da base a la acción y no estaba incapacitado para demandar, en tanto que la extraordinaria se cuenta en todos los casos desde la ocurrencia del hecho del cual nace el derecho que se pretende ejercer y corre contra toda clase de personas que no conocieron el hecho o no pudieron conocerlo y contra las que habiéndolo conocido estaban en incapacidad de demandar los dos primeros años.

Es decir, que si el beneficiario del derecho tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción y si no estuvo civilmente incapacitado, solo tiene dos años para demandar, pero sí estuvieron en incapacidad de ejercer su derecho en los dos primeros años a partir de la ocurrencia del hecho, el artículo 1081 establece que cuentan con 5 años para ejercerlo.

Por lo tanto, el Tribunal quebrantó la equidad entre las partes ya que para extinguir la acción de cobro de las primas tuvo en cuenta el momento en que las aseguradoras sabían la exigibilidad para demandarlas, y con base en ese cómputo aplicó y declaró probada la prescripción ordinaria. Mientras que para el ejercicio de la acción indemnizatoria del siniestro aplicó la prescripción extraordinaria sin tener en cuenta el momento en que el beneficiario supo su ocurrencia y sin que haya aducido impedimento civil para demandar en los dos años siguientes.



Cargo segundo: basado en la causal primera de casación, consideró el casacionista que el fallo de segunda instancia violó indirectamente por falta de aplicación los artículos 1054, 1045 (ordinal 2 y 4), 1057, 1086 del Código de Comercio y 1542 del Código Civil, a causa del error manifiesto de hecho en la apreciación de la póliza expedida por la Compañía Agrícola de Seguros S.A el 4 de Abril de 1989, de la cual hace parte el certificado de modificación No 305698 expedido por la misma Compañía el 4 de Diciembre de 1989, y en el cual se dio amparo a la propiedad asegurada que sufrió el siniestro.

Explican este cargo indicando que el certificado de modificación No. 305698 fue expedido el 4 de Diciembre de 1989, cuando ya había ocurrido el siniestro de daños por agua, y no el 11 de Septiembre del mismo año, como equivocadamente se adujo en la contrademanda. De manera que el predio siniestrado quedó amparado a partir del 4 de Diciembre de 1989, fecha en la que la inundación del mismo ya había ocurrido 20 días antes, el 16 de Noviembre de 1989.

El Tribunal no tuvo en cuenta la fecha de emisión del certificado de modificación y en consecuencia, condenó a las compañías aseguradoras a pagar un siniestro que en el momento de su ocurrencia no estaba amparado.



Cargo Tercero: se fundamenta en la causal primera de casación, acusando a la sentencia del Tribunal por violación indirecta de la ley sustancial, por falta de aplicación de los artículos 870, 822, 1068 del Código de Comercio, 1608, 1609 y 1546 del Código Civil, a causa del error manifiesto de hecho por haber pretermitido el testimonio del agente de seguros y el de la señora Yolanda Ramírez.

Este cargo se fundamenta en que estos dos testimonios expresaron que el asegurado incumplió con el pago de sus primas, y que ya había incurrido en este incumplimiento al momento de ocurrir el siniestro. Por lo cual, los recurrentes sostienen que ante el incumplimiento del tomador de pagar las primas a su cargo, éste no tenía acción para reclamar el reconocimiento de la indemnización.

En conclusión, consideran las recurrentes que si el Tribunal hubiera tenido en cuenta estos dos testimonios, hubiera dado aplicación al Artículo 1068 del Código de Comercio, según el cual la mora en el pago de la prima produce la terminación automática del contrato.



Cargo Quinto: Basado en la causal quinta de casación, por haberse incurrido en causal de nulidad procesal insaneable por falta de competencia funcional del juzgado de primera instancia:

Se fundamenta este cargo en que la primera instancia del proceso fue adelantada por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito Especializado de Medellín y la sentencia fue producida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito Especializado de esa ciudad, sin que conste en autos explicación o anotación alguna de la que pueda deducirse la legalidad de tal situación.

Consideraciones de la Corte

La Corte fundamentó su decisión en las siguientes consideraciones para cada cargo de las recurrentes:



Cargo Primero: Explica la Corte que el legislador colombiano decidió darle un tratamiento especial en el Artículo 1081 del Código de Comercio a la prescripción para las acciones derivadas del contrato de seguro, diferente al régimen de esta figura en la legislación civil.

Este régimen especial diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria en los siguientes aspectos:



La ordinaria es de estirpe subjetiva, mientras que la extraordinaria es típicamente objetiva.

La ordinaria corre desde que se produce el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, etc.), mientras que la extraordinaria, corre sin consideración alguna al conocimiento de dicho hecho.

La distinción básica entre las dos prescripciones está en la persona destinataria y en el momento a partir del cual corren los términos previstos para su operancia. De manera que los dos años de prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, mientras que los cinco años de prescripción extraordinaria corren desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, y siempre y cuando no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

Por otra parte, argumenta la Corte que para saber qué prescripción aplica para cada acción, es preciso tener en cuenta la diversidad de acciones que se derivan del contrato de seguros, ya que la regulación del Artículo 1081 no es solo para la acción indemnizatoria, sino para todos los demás tipos de acciones que derivan de este contrato. Es por esto que en cada caso debe determinarse cuál es el hecho que da base a la acción, para la prescripción ordinaria, y en qué momento nace el respectivo derecho cuando se trate de la extraordinaria.

Considera la Corte que no se puede concluir que cada tipo de prescripción aplique solo para un tipo de acciones, ya que todas las acciones que se derivan del contrato de seguro son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria o por extraordinaria. La aplicación de una u otra depende de la persona que ejerza la respectiva acción y de la posición que ella tenga en la relación.

Por lo anterior, encontró la Corte que el fallo de segunda instancia realizó una interpretación errada del artículo 1081 del Código de Comercio, al considerar que para la acción de indemnización únicamente opera la prescripción extraordinaria de cinco años. En conclusión, la prescripción extintiva operante en el caso concreto fue la ordinaria, ya que los titulares de las acciones eran personas capaces que en su momento, conocieron o debieron conocer el hecho provocante de su acción, es decir, el no pago oportuno de las primas y la objeción que al monto del reclamo que hicieron las aseguradoras. Por lo anterior, se CASA la sentencia y se profiere sentencia sustitutiva en el sentido que la prescripción ordinaria operó tanto para la acción de cobro de las primas de las demandantes al asegurado, como para la acción del asegurado frente a las aseguradoras para reclamar el pago del siniestro.

Cargos Segundo y Tercero: Frente a este cargo consideró la Corte que efectivamente del marco probatorio quedó demostrado que la propiedad donde ocurrió el siniestro quedó amparada en el certificado de modificación No. 305698. Sin embargo, el Tribunal sí apreció correctamente este documento y afirmó que el periodo de cobertura establecido en el mismo era de Septiembre de 1989 al 10 de Febrero de 1990

En conclusión, consideró la Corte que el Tribunal apreció correctamente el documento de modificación, y también observó correctamente la vigencia del mismo, por lo cual no es posible concluir que el sentenciador incurrió en error fáctico de contemplación probatoria, pues una vez estudiado el fallo se encuentra que el tribunal estudió el valor jurídico de dicho documento.

Conclusiones de la Corte

Con base en las anteriores consideraciones la Corte decidió CASAR la sentencia del Tribunal y dictar sentencia sustitutiva en el siguiente sentido:



Se confirma la procedencia de la excepción de prescripción alegada por las demandadas en reconvención (demandantes originales) frente a la acción dirigida al cumplimiento por su parte de la prestación asegurada.

El hecho generador que da lugar a la acción de reconvención fue la objeción del siniestro efectuada el 19 de Octubre de 1990, momento a partir del cual el beneficiario quedó posibilitado para accionar por el reconocimiento de un mayor valor de indemnización, por lo cual para la fecha en que se presentó la demanda de reconvención (24 de mayo de 1994) ya estaba prescrita esta acción también.

Con lo anterior, la sentencia de la corte decide DECLARAR probada la excepción de prescripción extintiva tanto para las demandantes originales como para el demandante en reconvención.

Como apoyo a la sentencia mencionada previamente, cabe citar el concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 de la Superintendencia Financiera de Colombia, que incorpora:



“Soat, prescripción ordinaria de la acción de reclamación con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación y el término para que opere la prescripción ordinaria empezaría a contar desde el momento en que fue atendida la víctima de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el Soat ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción.

En el caso planteado la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la aseguradora”





2.3. Honorarios Juntas de calificación de Invalidez: Concepto 2019009983-004 del 23 de abril de 2019 de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Síntesis

Como regla general los honorarios de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez deberán ser cancelados por el solicitante, y sólo en el evento en que las mencionadas juntas actúen como peritos por solicitud, entre otras, de las compañías de seguros, a estas últimas les corresponderá cubrir tales honorarios.

“(..) consulta mediante la cual solicita a esta Superintendencia concepto acerca de la obligación de las aseguradoras del Soat de “sufragar los honorarios a favor de la junta regional de calificación de invalidez para eventos en los cuales los beneficiarios víctimas de accidente de tránsito deben agotar el requisito de la calificación (...) para acceder al beneficio económico a que tienen derecho cuando se demuestra la incapacidad permanente”



Sobre ese particular y con el objeto de absolver los interrogantes planteados, es importante analizar, de manera preliminar, el marco regulatorio al cual deben sujetarse las aseguradoras autorizadas para explotar dicho ramo, con especial énfasis en las normas que definen el alcance de las coberturas y las particularidades del cobro y pago de indemnizaciones de este seguro obligatorio. Veamos:

Cobertura de incapacidad permanente en el Soat.

El régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, en adelante Soat, se encuentra consagrado en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante EOSF-, con las modificaciones que introdujo la Ley 100 de 1993 al incorporar este seguro al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para ese propósito, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, “el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley” y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios (artículo 167, párrafos 1 y 3 de la Ley 100 de 1993, subrayado fuera de texto).

Instituido así un seguro de expedición obligatoria ¹ por parte de las aseguradoras autorizadas, las coberturas del Soat se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF, el cual en punto a la descripción del amparo a que alude su consulta señala:

Incapacidad permanente, entendiéndose por tal la prevista en los artículos 209 y 211 el Código Sustantivo del Trabajo, con una indemnización máxima de ciento ochenta (180) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, a la cual se le aplicarán los porcentajes contenidos en las tablas respectivas;

Con la descripción de este amparo el propio legislador delimitó de forma objetiva los riesgos a cargo de la industria aseguradora con ocasión en accidentes de tránsito y los vinculó a un efecto definido bajo un criterio específico: la incapacidad permanente derivada de los daños corporales causados a la víctima cuya

valoración no puede exceder el monto allí previsto. La cobertura así establecida no permite inferir una extensión de sus efectos a otro tipo de pérdidas patrimoniales o gastos en que incurra el asegurado o beneficiario para obtener el pago de la indemnización. (subrayado fuera de texto)

Esta delimitación de la cobertura por incapacidad permanente del Soat se confirma con la definición de “indemnización por incapacidad permanente” consignada en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) en los siguientes términos: “Es el valor a reconocer, por una única vez, a la víctima de un accidente de tránsito (...) cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente”; valor de indemnización que se registrará “en todos los casos” por los porcentajes establecidos en la tabla contenida en el artículo 2.6.1.4.2.8 del mismo decreto (artículos 2.6.1.4.2.6 y 2.6.1.4.2.7).

Como se observa en las normas examinadas, los honorarios de las juntas de calificación de invalidez u otros gastos en que pueda incurrir una víctima de accidente de tránsito para la obtención del dictamen de pérdida de capacidad laboral no están comprendidos en la cobertura de incapacidad permanente del Soat prevista legalmente y, por ende, es concluyente determinar que conforme con nuestra regulación vigente no recae en la compañía aseguradora que expidió el Soat la obligación de asumir el pago por tales conceptos ni su reembolso. (subrayado fuera de texto)

Prueba de daños corporales a víctimas de accidente de tránsito – Incapacidad permanente

El artículo 194 del EOSF (numeral 1) instituye la “Prueba de los daños” como regla para la obtención del “Pago de indemnizaciones” en el Soat, al prescribir que “todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente ² y sus consecuencias dañosas para la víctima”. El anterior precepto regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que impone la carga de la prueba (onus probandi) a la parte que alega un acto jurídico (aplicable por remisión del artículo 192 del EOSF).

Con esa misma orientación, el reglamento del sistema de reconocimiento y pago de indemnizaciones del Soat previsto en el Decreto Único Reglamentario del Sec-

tor Salud y Protección Social atribuye a la víctima de un accidente de tránsito la calidad de “Beneficiario y legitimado para reclamar” la indemnización por incapacidad permanente ante la aseguradora que expidió el Soat (artículo 2.6.1.4.2.7):



“cuando por causa de dichos eventos hubiere perdido la capacidad laboral en alguno de los porcentajes establecidos por la tabla contenida en el artículo 2.6.1.4.2.8 del presente decreto, pérdida que deberá ser calificada por la autoridad competente”. En forma consecuente, el Parágrafo 1 de este último artículo prescribe:

Parágrafo 1. La calificación de pérdida de capacidad será realizada por la autoridad competente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012 y se ceñirá al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente a la fecha de la calificación.

De manera correlativa, en cuanto al trámite para la presentación de la solicitud de pago de indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente ocasionada en accidente de tránsito, el artículo 2.6.1.4.3.1 del mismo decreto ordena que “la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora”, entre otros documentos, el “Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo con lo establecido en el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012” (subrayado fuera de texto)

El examen de estas disposiciones permite establecer que la remisión normativa a la “Calificación del estado de invalidez” prevista en el Sistema General de Pensiones tiene por objeto: señalar que el “Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente” es el documento que la víctima del accidente de tránsito debe aportar a la respectiva aseguradora como “Prueba de los daños” que soporte la reclamación de la indemnización por incapacidad permanente presentada ante la misma.

Efectuadas las anteriores precisiones sobre la normatividad que rige la explotación del Soat y las obligaciones a cargo de la industria aseguradora, procedemos a absolver los interrogantes formulados en su escrito en el siguiente orden:

1. “Conceptúe respecto de si el mandato legal contenido en el art. 142 del Decreto Ley 019 de 2012 obliga a las aseguradoras que expiden el Soat (a) asumir el pago de los honorarios a favor de la junta regional de calificación de invalidez, incluyendo el servicio integral, es decir, además de los honorarios, los viáticos de desplazamientos de la víctima hasta la sede de la junta regional, atendiendo los criterios jurisprudenciales constitucionales”.

Como se explicó, de acuerdo con el reenvío normativo a la Calificación del Estado de Invalidez en el Sistema General de Pensiones a que se hizo referencia en la parte preliminar de este oficio, se tiene que el “Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral (...) emanado de la autoridad competente” se constituye únicamente en la “Prueba de los daños” exigida para adelantar los trámites de indemnizaciones por incapacidad permanente ante las aseguradoras del Soat, sin que la regulación aplicable a la materia asigne a estas últimas la obligación de sufragar el costo de los honorarios de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Lo expuesto, en armonía con lo previsto en el artículo 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo), el cual señala como regla general que los honorarios de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez deberán ser cancelados por el solicitante, y sólo en el evento en que las mencionadas juntas actúen como peritos por solicitud, entre otras, de las compañías de seguros, a estas últimas les corresponderá cubrir tales honorarios (situación que no se presenta para el caso de su inquietud). (subrayado fuera de texto)

En cuanto al aspecto de la consulta atinente a la aplicación de “los criterios jurisprudenciales constitucionales” referidos al cubrimiento de los gastos ocasionados con las reclamaciones por accidentes de tránsito con cargo al Soat, consideramos pertinente precisar que las sentencias de tutela por usted citadas tienen efectos interpartes y, en esa medida, las decisiones allí adoptadas no se hacen extensivas a personas distintas de las vinculadas a las mismas.

2.

“Conceptúe si la Superfinanciera puede adelantar trámite dentro de sus competencias jurisdiccionales de conformidad con el numeral 2 del art. 24 de la Ley 1564 de 2012, del art. 57 de la ley 1480/11 y de conformidad con la hermenéutica constitucional asentada en las sentencias arriba citadas puede ordenar a una aseguradora asumir el pago de los honorarios a favor de la junta regional de calificación de invalidez ...”.

3.

“Conceptúe si la Superfinanciera Financiera tiene competencia para obligar a las aseguradoras que se negaron a asumir los citados honorarios, a reembolsar los gastos sufragados ante la junta regional por las víctimas de accidentes de tránsito”.

A este respecto, procede señalar que el Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011) establece una acción judicial de Protección al Consumidor Financiero y, en desarrollo del postulado consagrado en el artículo 116 de la Constitución Política³, asigna a la Superintendencia Financiera de Colombia facultades jurisdiccionales para conocer de las controversias que se susciten entre sus entidades vigiladas y los consumidores financieros “relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil y aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público” (Título VIII, Capítulo I, artículo 57).

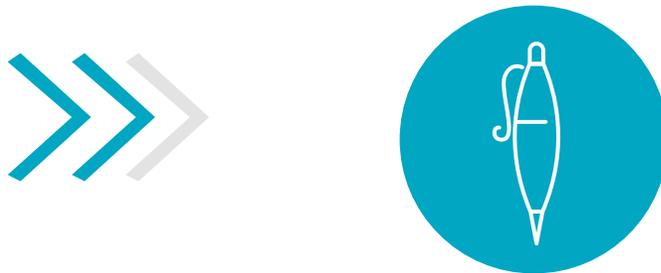
Bajo las anteriores directrices, los consumidores financieros cuentan con la posibilidad de someter, a su elección, a conocimiento de esta Superintendencia los asuntos contenciosos que surjan con las instituciones sometidas a su vigilancia para que “sean fallados en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez” (Artículo 57).

Y es en ejercicio de la actividad judicial que la Superintendencia Financiera debe acatar el postulado constitucional previsto para este efecto en el artículo 230 de nuestra Carta Fundamental, del siguiente tenor:

Los jueces, en sus providencias solo están sometidos al imperio de la ley. La equidad, la jurisprudencia, los principios generales del derecho y la doctrina son criterios auxiliares de la actividad judicial.

Conforme con lo expuesto, resulta mandatorio que, a través de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, esta Superintendencia profiera fallos con sujeción al marco normativo que rige la controversia puesta a su conocimiento, previo examen sobre la procedencia de aplicar, en cada caso en particular, los criterios auxiliares enunciados en la norma transcrita, entre ellos, los jurisprudenciales.

En punto al ejercicio de la referida actividad judicial en el asunto objeto de sus cuestionamientos, le informamos que en sentencia anticipada No. 2018-1156 proferida el 26 de noviembre de 2018, cuya copia adjuntamos para su conocimiento, la referida Delegatura declaró probada la excepción de “Inexistencia de cobertura para el pago de honorarios de juntas de calificación y/o de obligaciones de valorar una eventual pérdida de capacidad laboral” alegada por la aseguradora del Soat demandada y negó las pretensiones propuestas por la parte el demandante.





Elaborado por:
Instituto Nacional de Seguros

Diseño y diagramación:
www.raulortiz.info

Bogotá, OCTUBRE de 2020
Prohibida su reproducción total y parcial,
sin autorización.



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Escuela Judicial
"Rodrigo Lara Bonilla"



SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO



FUNDAMENTOS TÉCNICOS Y JURÍDICOS