

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN



SALA LABORAL

Medellín, dos (02) de marzo de dos mil veintitrés (2023)

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

La **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, conformada por los Magistrados Jaime Alberto Aristizábal Gómez quien actúa como ponente, John Jairo Acosta Pérez y Francisco Arango Torres, procede a dictar sentencia de segundo grado, dentro del proceso ordinario radicado con el número 05 001 31 05 022 2016 00431 01, promovido por el señor **JUAN CARLOS MORALES RODRÍGUEZ**, en contra de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES**, la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA**, y la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, con la finalidad de resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado del demandante, frente a la sentencia emitida el 10 de diciembre de 2018 por el Juzgado Veintidós Laboral del Circuito de Medellín.

De conformidad con el numeral 1º del artículo 15 del Decreto Legislativo 806 de 4 de junio de 2020 “Por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías y las comunicaciones en las actuaciones judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco del Estado de emergencia, económica, social y ecológica”, se toma la decisión correspondiente mediante providencia escrita número **058**, previamente discutida y aprobada por los integrantes de la Sala.

ANTECEDENTES

El señor Juan Carlos Morales Rodríguez, demandó a Colpensiones pretendiendo se deje sin efectos los dictámenes médicos emitidos por Colpensiones, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, y en consecuencia se declare que padece una pérdida de capacidad laboral del 54.07%, estructurada el 9 de mayo de 2011 conforme dictamen proferido el 9 de diciembre de 2015 por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y se condene a Colpensiones al reconocimiento y pago de los siguientes conceptos: pensión de invalidez de origen común, intereses moratorios o en subsidio indexación y costas del proceso.

Como fundamento de sus pretensiones se expuso, que fue calificado por Colpensiones el 31 de diciembre de 2012 con un 36.6% de pérdida de capacidad laboral, estructurada el 3 de mayo de 2011. La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y Junta Nacional de Calificación de Invalidez emitieron el 25 de octubre de 2013 y el 16 de octubre de 2014, respectivamente, dictámenes médicos, ratificando el origen, la fecha de estructuración y el porcentaje de pérdida de capacidad laboral fijado por Colpensiones. Aduce que fue evaluado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia el 9 de diciembre de 2015, con un 54.07% de pérdida de capacidad laboral, estructurada el 9 de mayo de 2011. Agrega que agotó reclamación administrativa.

En sentencia proferida el 10 de diciembre de 2018, el Juzgado Veintidós Laboral del Circuito de Medellín absolvió a Colpensiones, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez de las pretensiones de la demanda, y condenó en costas al actor.

RECURSO DE APELACIÓN

El apoderado del demandante inconforme con la decisión de primera instancia considera que se le debe dar validez al dictamen emitido por la Facultad de Salud

Pública de Universidad de Antioquia el 1° de octubre del año 2015, porque *“...como bien se puede deducir de la sustentación del dictamen pericial es claro que en lo que equivale o en lo que pertenece a la clase funcional que es donde se ve la equitomia entre lo establecido por las Juntas y lo establecido por la Facultad de Salud Pública, es claro como bien lo estableció la mencionaba el profesional de la salud, esta clase funcional 4 que fue la que aumentó el porcentaje, se otorgó básicamente por la fracción de eyección del 30% que posee el demandante, en donde se denota que si fuera para una persona normal un electrocardiograma o unos exámenes de estos arrojaría una fracción de eyección del 60% al 65%, que es el equivalente de lo que el torrente sanguíneo está llevando al corazón, de esta forma vemos que la fracción de eyección del demandante se encuentra reducida a un 50%, lo que quiere decir que la enfermedad va empeorando con el tiempo y prueba de ello, es que para el año 2008, en uno de los exámenes practicados por el demandante, tal y como se colige en la sustentación del dictamen pericial la fracción de eyección era del 50% y a la fecha ha bajado hasta el 30%.*

Prueba de ello, es que tuvo una cirugía del ventrículo y esto también es quitarle parte del corazón, lo que quiere decir que en este momento uno de los órganos más importantes del demandante no está funcionando de manera adecuada, de donde se colige que en primer grado esta es una enfermedad que es degenerativa, puesto que con el paso del tiempo va empeorando, donde se colige que si a la fecha, es decir, al día de hoy se volviera a calificar al demandante, probablemente se encontraría que este ha empeorado y su fracción de eyección ha disminuido, lo que a su vez implica para el mismo consecuencias lesivas, tal y como lo manifestaba el médico especialista estas enfermedades del corazón por regla general no se manifiestan mediante el cansancio ni mediante otras señales físicas, si no que por el contrario se pueden manifestar mientras que la persona se encuentra en reposo, tal y como ha ocurrido en el caso de los infartos que ha padecido el demandante por la misma enfermedad ventricular y coronaria que tiene.

Adicional a esto, es importante precisar que esta enfermedad también se ha empeorado o se empeora por la aneurisma que padece el paciente, lo que hace que el paciente se canse de manera constante y si bien como lo manifestó el mismo en el interrogatorio de parte, el mismo se encuentra trabajando, es imposible que no lo haga puesto que depende de si para todos sus gastos, como bien lo expresó es quien mantiene su familia, y pues el proceso lleva aproximadamente desde el momento que se realizó la reclamación 4 años, donde se colige que es imposible que el accionante se quede sin realizar ninguna labor, así pues viendo que es una

enfermedad del corazón que en ningún momento se puede o se debe como lo explicó el especialista, manifestar de manera física, puesto que por lo general son silenciosas.

Le solicito al Honorable Tribunal Superior de Medellín, que conceda la prestación de invalidez, puesto que esto fue una prestación creada por el sistema general de pensiones, para cubrir aquellas contingencias, es decir, para cuando la persona caiga en un estado de invalidez en el que no pueda trabajar, y como bien si mi mandante está laborando, no se está haciendo en las funciones que normalmente venía desempeñando, así mismo corre con el grado de peligro que con el mínimo esfuerzo pueda sufrir otro infarto, como ya los ha padecido en reiteradas ocasiones...”.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La apoderada de Colpensiones en escrito de alegatos de conclusión solicita se confirme la decisión absolutoria de primera instancia.

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico de esta segunda instancia, consiste en determinar si hay lugar a dejar sin efectos los dictámenes médicos emitidos por Colpensiones, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, y acoger el expedido por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y en consecuencia, si al demandante le asiste el derecho al reconocimiento y pago de pensión de invalidez de origen común, a retroactivo pensional, a intereses moratorios o en subsidio indexación.

CONSIDERACIONES

Conforme al artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 52 de la Ley 962 de 2002 y 142 del Decreto 019 de 2012, el estado de invalidez se determina con base en el Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación, y corresponde al Instituto de Seguros Sociales, hoy

Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones, a las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP, hoy Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, a las Compañías de Seguros que asumen los riesgos de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar inicialmente la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. Pero cuando el interesado no está de acuerdo y manifiesta su inconformidad, la entidad debe remitirlo a la Junta de Calificación de Invalidez del orden regional para que dirima la discrepancia. La decisión de ésta es apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, y contra ellas proceden las acciones legales.

Preliminarmente ha de indicarse, que la Sala de Casación Laboral de la Honorable Corte Suprema de Justicia tiene definido que los dictámenes de pérdida de capacidad laboral emitidos por las entidades mencionadas no son medios probatorios solemnes, y por ende el Juzgador en su valoración no está sometido a la tarifa legal de pruebas y puede formar libremente su convencimiento con aquellos elementos que le den mayor credibilidad o lo persuadan más, conforme a lo dispuesto en el artículo 61 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. Adicionalmente ha referido que como tales dictámenes no obligan al Juez. Dentro del marco de esa libertad probatoria, éste puede acudir a otros medios idóneos para establecer la fecha de estructuración de la invalidez, porque no en todos los casos ésta puede inferirse con certeza (sentencias SL 16.374 de 4 de noviembre de 2015, Radicado 53.986; SL 2496 de 2018; SL 697 de 2019; y SL 3117 de 5 de agosto de 2019, Radicado 73.341).

De acuerdo a los dictámenes médicos laborales que obran en el expediente, emitidos en su orden: el 31 de diciembre de 2012 por Colpensiones, el 25 de octubre de 2013 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, el 16 de octubre de 2014 por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y el 1º de octubre de 2015 por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, el señor Juan Carlos Morales Rodríguez padece “*Insuficiencia Cardíaca Clase Funcional II – Hipertensión arterial – Enfermedad coronaria – Secuelas de infarto agudo de miocardio*”, que le generan una pérdida de capacidad laboral de origen común del

36.60%, estructurada el 3 de mayo del 2011, en criterio de Colpensiones, de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, y del 54.07%, con fecha de estructuración del 9 de mayo del 2011, según la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

En el primer experticio realizado por Colpensiones se alude al diagnóstico motivo de la calificación *“Insuficiencia cardiaca, No especificada”*, y se señala que el 3 de mayo de 2011, fecha de la prueba de ejercicio cardiovascular *“...El paciente puede tener actividad física normal sin limitación para trabajo usual. Existen indicios de una limitación de tipo ventilatorio leve que pudiera ser explicado por restricción secundaria a la Cx de aneurisma. La función cardiaca y parámetros de la función cardiaca tuvieron un comportamiento normal. Concepto de rehabilitación de medicina interna (sin fecha). Falla cardiaca estadio C, POP aneurisma ventricular izquierdo, estado funcional II, ha presentado trastorno de dolor somatomorfo, buen pronóstico...”*.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia en su dictamen precisó que: *“...con los fundamentos de hecho y de derecho expuestos considera que el paciente tiene el diagnóstico antes anotado sin criterios para aumentar los porcentajes otorgados, por cuanto la calificación le tuvo en cuenta sus secuelas bajo los parámetros establecidos en el Decreto 917 de 1999, incluyéndole la insuficiencia cardiaca, la hipertensión y el trastorno somatomorfo; además de todas sus discapacidades y minusvalías. Téngase en cuenta el resultado de la prueba de esfuerzo que no mostró alteración...”*.

Por su parte, la Junta Nacional de Calificación por su parte señala en su evaluación que: *“...Revisados los antecedentes obrantes al expediente, la calificación realizada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, así como la controversia presentada por el paciente, se encuentra que el presente caso se trata de paciente con Dx Insuficiencia cardiaca no especificada. Fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, con PCL 36.60%, origen: enfermedad común. FE: 03/05/2011. Apela paciente por desacuerdo con el porcentaje asignado.*

En relación con las deficiencias, de acuerdo con la historia clínica obrante al expediente y teniendo en cuenta que el paciente no asistió a la valoración médica se encuentra paciente de 49 años de edad, ocupación preparador de telas-operario en empresa Termilenio durante 4 años, en total en la actividad 21 años con antecedente de hipertensión arterial sin compromiso del órgano blanco, quien presentó infarto agudo de miocardio, realizan coronariografía el 21/04/2007 que muestra coronarias sanas, zona de aquinesia apical anterior e inferior, control del 16/09/2008 reporta arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográfico sin de trombo en ventrículo izquierdo y aquinesia apical e imagen de trombo intraventricular calcificada, el 09/10/2008 realizan resección de aneurisma ventricular izquierdo con reconstrucción ventricular izquierdo, en tratamiento con metoprolol, enalapril y aspirineta, sin complicaciones a la fecha, aqueja de dolor en torax, por ello toma tramadol, además cuando está parado 6 horas, se le inflaman los pies, al examen físico reportan buenas condiciones generales, conscientes y orientadas. PA: 130/80, Corazón: RscsRs, sin soplos, Pulmones: murmullo vesicular normal, sin ruidos agregados. Extremidades sin edemas, actualmente se fatiga fácilmente, dolor precordial, comenta que luego de 6 horas de estar laborando se edematizan los pies, camina 15 minutos despacio y debe parar a descansar, dificultad para subir escaleras y caminar en planos inclinados, comenta que para subir hasta su casa inicialmente se demoraba 5 minutos y ahora se demora 15 minutos, independiente en actividad de baño y vestido, refiere que al agacharse se marea, debe seguir una dieta especial baja en grasas y harinas, comenta que en la empresa anterior fue despedido posterior a su cirugía, en la empresa actual no saben de su patología por temor a que lo retiren, tenía recomendaciones laborales y comenta que los compañeros le colaboran cuando debe manipular objetos pesados, vive con la esposa y una hija, buenas relaciones familiares y sociales, comenta que se irrita con más facilidad, evita molestar por lo cual se aleja de la familia o de los amigos, además presenta trastorno somatomorfo sin requerimiento de hospitalización por éste aspecto ni compromiso cognitivo; hallazgos corroborados a la valoración médica realizada por esta Junta, calificado acorde a la clínica del paciente y los parámetros contemplados en el Decreto 917/1999 MUCI y no se evidencian elementos clínicos de juicio que permitan modificar la calificación, motivo por el cual se ratifican las deficiencias.

En relación con las discapacidades y minusvalías se califican con base en la deficiencia dada por el médico ponente, con el Manual Único de Calificación de Invalidez y su escala de gravedad y con los documentos obrantes al expediente. De acuerdo con la deficiencia que presenta el

paciente; y el impacto que esta le genera a nivel ocupacional en la ejecución de sus actividades de auto cuidado, tiempo libre y trabajo. Se desempeña como preparador de telas, presenta Insuficiencia cardiaca no especificada, no asiste por su condición de salud, de acuerdo a la JRCI. Actualmente se fatiga fácilmente, dolor precordial, comenta que luego de 6 horas de estar laborando se edematizan los pies. Camina 15 minutos despacio y debe parar a descansar, dificultad para subir escaleras y caminar en planos inclinados, comenta que para subir hasta su casa inicialmente se demoraba 5 minutos y ahora se demora 15 minutos, independiente en actividad de baño y vestido, refiere que al agacharse se marea , debe seguir una dieta especial baja en grasas y harinas, comenta que en la empresa anterior fue despedido posterior a su cirugía, en la empresa actual no saben de su patología por temor a que lo retiren, tenía recomendaciones laborales y comenta que los compañeros le colaboran cuando debe manipular objetos pesados. De acuerdo a esta valoración se revisa y se ratifican las discapacidades en 2.1% y minusvalías en 7.5%...”.

En tanto la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en su dictamen señala: “...Paciente de 50 años de edad con antecedente personal de asma e hipertensión arterial, quien sufrió infarto agudo de miocardio hace 8 años, con aneurisma ventricular izquierdo corregido quirúrgicamente con evolución satisfactoria, aunque con recurrentes crisis anginosas posteriormente, con control de tratamiento médico especializado. Para el 18/03/20211 con reporte de ecocardiografía con fracción de eyección del 30% y valoración por cardiología el 09/05/2011 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva estadio II, que corresponde con la merma de la capacidad laboral...”.

En audiencia de ratificación de dictamen, el doctor Jaime León Londoño Pimienta, médico especialista en salud ocupacional, integrante del grupo de calificadores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Área de Salud Ocupacional, señaló:

Que evaluó al señor Juan Carlos Morales Rodríguez, el día 1 de octubre de 2015, realizándole un examen médico y análisis de los documentos que fueron allegados por el paciente, con un orden cronológico conforme a las patologías. Insiste que revisó la historia clínica que le fue entregada. Refirió, que el paciente tiene un extenso recorrido en sus antecedentes personales como hipertenso y adicionalmente tiene dos o tres ecocardiografías que se hicieron en diferentes momentos que son las que dan las deficiencias orgánicas que relatan (sic) las ecocardiografías. Manifestó que el

paciente tiene antecedentes de haber sufrido infarto agudo al miocardio severo que terminó con un aneurisma ventricular que requirió una cirugía y también otros elementos que corresponden a una coronariografía y pruebas de esfuerzo que le hicieron al paciente en diferentes momentos más las evaluaciones de cardiología y otros específicamente cardiología. Clasificó clase 4 para asignar 37.5% por falla orgánica cardíaca, en razón a que el Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María refirió que tiene una ecocardiografía, con difusión ventricular y una fracción de inyección del 30, refiriéndola — el perito - como variable a través del tiempo y del estado de salud y tratamiento médico, calificando dicho tipo de enfermedades como crónicas, degenerativas, la hipertensión arterial más el asma, patologías coronarias, lo que su decir produjeron en el corazón efectos que le fueron mermando la capacidad de funcionamiento, además de que el paciente tiene una cirugía. Refirió a la tabla 71 del decreto 927 de 1999 como científico-técnica, agregando que se basó en lo que presenten los cardiólogos. Expresa que en el interrogatorio que le hizo al paciente, expresaba que al caminar pocas cuerdas sentía dificultad para desempeñarse o poder hacer algunas de las cosas, adicionalmente en el reposo presenta dificultades para su desempeño normal pero eso tomó el estadio 4, además de que la disfunción ventricular lleva a que el paciente una gran dificultad respiratoria porque su corazón no le está funcionando. Preciso que además de la historia clínica valoró, que el ahora demandante, ha venido del 50 al 55% que bajó al 50% y los conceptos del cardiólogo. En el dictamen figura entre la descripción de la historia clínica concepto del 25 de agosto del 2011 de la Clínica Antioquia de medicina interna señala paciente de 45 años con diagnóstico de trastorno por ansiedad, insuficiencia cardíaca congestiva del estadio dos de la insuficiencia cardíaca, asma en la infancia con dolor anginoso, agregó, que estos pacientes evolucionan con el tiempo no necesitan mucho tiempo para pasar de un estadio al otro porque tienen adicionalmente hipertensión arterial, enfermedad coronaria, asma asociado y que su disfunción ventricular que lo lleva a esta característica especial, siendo insistente en la cirugía del ventrículo. Manifestó que la clase 2 es un paciente con una difusión moderada con dificultades para caminar con el edema, añadiendo que se puede desempeñar relativamente bien, pero para ciertas cosas no para todas las cosas, o sea estos pacientes caminando se cansan, estos pacientes levantando bultos o levantando carga se cansan y desfallecen estos pacientes presentan adicionalmente la angina o el dolor torácico. Frente a las diferencias entre conceptos de cardiología y neumología, expresó que son dos pruebas que hablan de dos cosas distintas una cosa es la función ventilatoria que fue la que el Dr. Jorge Ortega que es un Neumólogo hizo y otra es la prueba de ecocardiografía que le hicieron en la cardiovascular donde le definen que su función eyección es del 30% o sea ahí puedo tener el pulmón bueno pero el corazón malo. En cuanto a la fecha de estructuración de la presunta invalidez la presente en la audiencia como del 25 de mayo de 2011 que es la consulta al cardiólogo. Refiere que las clasificaciones de moderado a severo, que unos le dicen grados otros le dicen grado 3 o 4, son de la

asociación norteamericana de cardiología, pero que no recuerda si el decreto de valoración respectiva lo acoge. Frente a valoración de clínica Antioquia del 25 de agosto del 2011, no está de acuerdo, y que valoró mucho más el centro cardiovascular colombiano por en razón a ser una entidad específicamente para problemas de tipo cardiovascular, referente local, nacional e internacional de enfermedades de tipo cardiovascular. La que una clínica de Antioquia es una clínica, no cardiovascular, que generalmente deriva a sitios de mayor complejidad como el caso del paciente. Explica que el estadio C 3, refiere que, aunque no tiene edema, tiene disnea de esfuerzo. En términos de este tipo de patologías pues no corresponde a una falla ventilatoria que necesita de oxígeno como tal, tampoco problemas musculares para que depender de bastones o de soportes, dice el paciente tiene ya una disfuncionalidad desde lo físico y obviamente desde lo organismo. Niega haber conocido que el accionante se encontraba laborando. Ante la pregunta “¿En una Consulta de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica, folio 190 del expediente 191 entre los registros figura presión arterial 120- 80, sin soplos, pulmones bien, no encuentro ningún dolor en región cervical, ni en tórax las anteriores, no hay signos de dolor de neuropático, fuerza motora normal en miembro superiores paciente con dolor en la región precordial izquierda no hay signos de dolor neuropático al examen físico gran físico, ordeno tramadol, acetaminofén nueva revisión en tres meses aquí se consigna que no hay manifestaciones objetivas del dolor?”, respondió: “pero es que estamos hablando de un dolor neuropático, no dolor cardiaco que son dos tipos de dolores distintos en una es una afección de un nervio y el otro afectación de las coronarias y sus dolores son totalmente diferentes doctor, totalmente distinto, una cosa es que a mí no me duele el pecho porque me toquen pero me duele en el corazón que es un dolor que se llama anginoso, son dos tipos de dolores totalmente diferentes médicamente hablando, por eso el consigna que no se no encuentra, para hacer el diagnóstico diferencial de una patología cardíaca yo tengo que identificar que no haya otros traumas previos o fracturas o que no haya lo que llamamos nosotros la osteocondritis que es la inflamación de la de las neuritis de los arcos de los arcos costales descartado eso, le tiene que decir posiblemente que se trate de un dolor anginoso que está mucho más allá y entonces en ese caso ya tengo que mandar otros exámenes que corroboren esa parte y el paciente tiene antecedentes de una enfermedad coronaria.”. Manifestó que si o se tiene un corazón que no funciona el 50% tengo el 50% de las coronarias sin llenar o menos porque es la fracción de inyección esta entre el 62-65 este señor la tenía 30, 30 significa menos del 50% es como el 48-47% aproximadamente, eso quiere decir que el flujo de sangre que se le manda al sistema está definido para todo, por eso la disnea, por eso el cansancio fácil y por eso posiblemente el dolor anginoso. Insiste que una patología de las referidas no tiene un pronóstico favorable, que el ventrículo queda con una cicatriz que no es bueno para el corazón y le sacaron parte de su musculo. Agrega que evolucionando empezó en el 2007 tenía un concepto y fue pasando a ser más crítico hasta el

concepto cardiovascular que hace de moderado a severo o sea si el paciente fue evolucionado más hacia el daño más orgánico que la mejoría que se ve es lo común este tipo de pacientes los hipertensos ese tipo de cosas con el tiempo es una enfermedad crónica degenerativa más que la verdad que se recupere es que el paciente en el tiempo con la edad y con otros condicionantes externos para manteniendo mayores compromisos aunque esta con tratamiento y aunque tenga un manejo médico que le detenga porque ya hay un toque importante el corazón esta es un corazón que tiene un toque desde el punto de vista orgánico importante. Manifestó que siempre se le exige a los pacientes los dictámenes de las juntas, pero que es voluntad del paciente aportarlo o no aportarlo, agregando que no se puede quedar toda la vida con un expediente esperando que me entreguen un documento como tal, sino que con base en lo que tienen en los conceptos que tenemos lo hacemos.

El Juzgador de primera instancia, para motivar su decisión precisó que el dictamen emitido el 1º de octubre de 2015 por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adolece de claridad, precisión y exhaustividad, registra inconsistencias y no explica los fundamentos científicos de sus conclusiones, no rebate las conclusiones dadas por las Juntas de Calificación de Invalidez, por lo que se concluye que la experticia rendida por dicha entidad carece de una justificación objetiva y fundamentada en criterios científicos. Que conforme a las reglas de la sana critica debe desestimarse la eficacia probatoria del dictamen del ente universitario, dado que no cuenta con la solidez suficiente ni la claridad para derrumbar el dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, que se encuentra fundamentado en la historia clínica.

Indicó el *a quo* que en lo que tiene que ver con las deficiencias, específicamente con la patología “Hipertensión arterial”, fue calificada con idéntico porcentaje tanto por la Junta Nacional como por la Facultad con un 7.4% ubicándola en la clase II de la tabla 7.2 del Manual Único de Calificación, pero discrepan los dictámenes en el porcentaje asignado a la deficiencia por enfermedad orgánica del corazón, pues mientras la Junta determina que padece una insuficiencia cardiaca clase funcional II de un 22.4%, la Facultad la cataloga en clase IV con un 37.5% (Tabla 7.1% - Decreto 917 de 1999). Teniendo en cuenta criterios tales como: *“Camina libremente sobre llano, sube por lo menos un piso por escaleras y lleva a cabo las actividades cotidianas sin síntomas, los esfuerzos prolongados, las tensiones emocionales, el*

apresoramiento, las subidas de cuesta, los deportes o actividades similares desencadenan síntomas". Que, según el concepto por rehabilitación para la calificación de la Junta Nacional, el diagnóstico final de la enfermedad del paciente correspondió a una falla cardíaca por estado funcional II a un aneurisma ventricular izquierdo y a un trastorno del dolor somatomorfo sin dolor crónico con pronóstico de significativa mejoría, buena recuperación y reintegro a las labores en menos de 1 año. Que adicionalmente, el historial de evolución (3/05/2011) prueba de ejercicio cardiopulmonar, el paciente pudo realizar actividad física normal sin limitación, para el trabajo usual con limitación de tipo ventilatorio leve que puede ser explicada por cirugía de aneurisma, los parámetros de la condición cardíaca tuvieron un comportamiento normal, lo cual no tiene correspondencia con lo dicho por la Facultad cuando en mayo de 2011, ubica dicha patología en la clase IV, pues los criterios para poder ubicarla en tal clase son: *"Cualquier actividad que vaya más allá de lo personal o su equivalente le produce malestar creciente, los síntomas de insuficiencia cardíaca o el síndrome, pueden aparecer incluso en reposo, los signos de insuficiencia cardíaca congestiva son normalmente resistentes a la terapéutica"*. Que, además, la experticia incurre en un error cuando concluye que, en mayo de 2011, el accionante fue valorado por cardiología con insuficiencia cardíaca congestiva estado II, pues en esta data fue valorado por cardiología por falla cardíaca sin que se evidencie el diagnóstico referido por la Facultad. Que el dictamen en el acápite numeral 6, alude a que el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sugestiva estado II fue registrado por medicina interna el 25 de agosto de 2011, es decir, con fecha posterior a la estructuración. Que frente a la deficiencia trastorno somatomorfo la Junta asignó un 10% clasificada en el grupo I de la tabla 12.4.7 del Manual Único de Calificación, que no mereció ningún pronunciamiento al médico valorador de la Facultad, pese a que fue registrada en el concepto de rehabilitación para la calificación de pérdida de la capacidad laboral.

Que el despacho no analiza el tema de la discapacidad pues la diferencia no es representativa entre una y otra entidad.

En lo que tiene que ver con la minusvalía del desplazamiento consignada en el capítulo 3, le mereció a la Facultad un 1.5%, ubicada en el numeral 33 que refiere

a un desplazamiento reducido donde el paciente debido a su patología, solo puede realizar esfuerzos moderados que le restringen el desplazamiento, pero la historia clínica citada por la Facultad no da cuenta de la restricción referida. Que la minusvalía del factor ocupacional ubicada en el capítulo 4 numeral 43, cambio de ocupación con el 7.5%, definida como aquella donde el individuo se encuentra en un estado en el cual como consecuencia de la enfermedad y/o el accidente, y luego de la rehabilitación no puede desempeñarse en su labor habitual u otro similar, y necesariamente debe incapacitarse para desarrollar actitudes y destrezas que le permitan ejecutar un nuevo oficio para mantener su estatus ocupacional y socioeconómico, descripción que tampoco está acorde con la valoración del 9 de mayo de 2011, hecha por cardiología. Que frente a la minusvalía de integración social capítulo 5, con un 0.5% numeral 51, que refiere a una participación inhibida, es decir que el individuo debido a su patología se inhibe de participar en toda la gama de actividades que le corresponden a su contexto sociocultural incluye timidez, vergüenza, derivados del problema de la imagen a causa de un desfiguramiento u otras deficiencias y discapacidades de conducta de carácter leve, pero la historia clínica del 9 de mayo de 2011 no da cuenta de tales inhibiciones. Que respecto de la minusvalía de autosuficiencia económica con un 2%, capítulo 6 numeral 65, alude al individuo a raíz de su patología no puede cubrir sus necesidades ni cuenta con ayuda familiar ni de otros. Tal patología debe calificarse con un 2.5% según el Manual Único de Calificación, además la circunstancia descrita no se compasa con la historia clínica, más aún que le demandante en el interrogatorio de parte afirma que se encuentra activo laboralmente. Que en cuanto a la minusvalía defunción de la edad, el actor para el 9 de mayo de 2011 tenía 45 años, por lo que, según el Manual Único de Calificación, le correspondía el numeral 74 de la tabla 2 que oscila entre 40 a 49 años con 2%, no obstante, la facultad ubicó al actor en el numeral 75, entre 50 a 54 años con un 2.5%.

Se agrega que el perito al hablar de las deficiencias expone que lo eran clase IV a partir de la historia clínica de 5 de mayo de 2011, que en ella no se dice la clase funcional, pero si se dice que hay compromiso moderado severo de la función ventricular, ello, indica deficiencia funcional mayor a la del grado II, lo cual

deduce a partir de que unos médicos le dicen grado II otros grados IV y otros, moderado, severo, sin sustento en el expediente para tal consideración, tanto que luego en las observaciones de la calificación de origen la detalla como de estado II.

Y que el actor fue evaluado por la Facultad el 10 de mayo de 2015, y según el perito, el actor requirió prueba de esfuerzo, pero dicha prueba no consta en el expediente, lo que denota una irregularidad.

La Sala comparte la decisión de primera instancia, por las siguientes razones:

En primer lugar. Porque no puede pasarse por alto que la valoración realizada al señor Juan Carlos Morales Rodríguez por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, fue realizada el 1º de octubre de 2015, es decir, tan solo transcurrido 1 año y 15 días, de la evaluación rendida por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez el 16 de octubre de 2014, en la cual calificó la deficiencia “Enfermedad orgánica del corazón” en clase IV con un 37.5%, lo cual incrementó el porcentaje para tal concepto de un 27 a un 38.47; y las minusvalías de desplazamiento en 1.5%, ocupacional en 7.5%, integración social en 0.5%, autosuficiencia económica en 2.0% y en función de la edad en 2.5%, aumentando dicho ítem de un 7.50% a un 14%.

En segundo lugar, porque el Decreto 917 de 1999, indica:

“...Artículo 9º. Instrucciones generales para los calificadores.

El "Manual único para la calificación de la invalidez" establece con base en los criterios y componentes definidos en los artículos anteriores, un método uniforme, de uso obligatorio para la determinación legal de la pérdida de la capacidad laboral que presenta un individuo al momento de su evaluación.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, se termine el tratamiento y se hayan

realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aún sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.

...

a) Para las deficiencias: El grado de deficiencia a que se refiere el Libro Primero y que se relaciona con los sistemas orgánicos, se expresa en porcentajes de pérdida funcional (deficiencia global). Para facilitar el ejercicio del calificador o de las Juntas Calificadoras, contiene una serie de tablas de valores por órganos o sistemas, de las cuales se pueden sustraer los valores correspondientes a este componente. Sin embargo, en aquellos casos en que se encuentren afectados dos o más órganos o sistemas, los valores parciales de las respectivas deficiencias globales deben ser combinados...

...

Las patologías que sólo se manifiestan con síntomas, no son posibles de definir fácilmente por quien califica. Por tanto, las decisiones sobre los porcentajes de deficiencia deben ser respaldadas con la historia clínica del paciente y las pruebas de ayuda diagnóstica, complementando así el criterio clínico. Los resultados obtenidos con las pruebas complementarias de diagnóstico deben corresponder a las alteraciones anatómicas, fisiológicas y/o psíquicas detectables por tales pruebas, y confirmar los signos encontrados durante el examen médico. Las afirmaciones del paciente que sólo consideran la descripción de sus molestias sin respaldo de signos o exámenes complementarios, no tienen valor para establecer una deficiencia.

Cuando sea del caso, se deberá sustentar el dictamen con el concepto de Salud Ocupacional para determinar el origen de la lesión.

Hay otros casos en los cuales, siguiendo las instrucciones específicas para cada lesión, se podrá sumar las deficiencias de extremidad o como en la evaluación de los daños a nivel cerebral se escoge entre los diferentes grados de deficiencia el mayor valor como la deficiencia global final.

b) Para las Discapacidades: para el caso de la determinación del valor de la discapacidad, se procede a realizar una suma aritmética de todas las discapacidades con que se tipifique la lesión. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la discapacidad que debe registrarse.

c) Para las Minusvalías: para la determinación del valor de la minusvalía se deberá evaluar el estado del paciente en cada una de las categorías de escala asignadas, a cada una de la Minusvalías. En cada una de ellas se registra el mayor valor (son excluyentes) y luego se suma cada una de ellas. El resultado de dicha sumatoria corresponde al valor final de la minusvalía que debe registrarse.

d) Para la calificación integral: Para obtener la calificación integral final del grado de pérdida de la capacidad laboral de la persona, de conformidad con las especificaciones de este manual y sus tablas, se suman aritméticamente aquellos porcentajes correspondientes a los valores de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, que el calificador legal asignó a cada una de ellas...”.

Conforme las normas transcritas, para establecer el porcentaje de las deficiencias no basta con que solo se manifiesten síntomas, pues aquel debe estar sustentado en la historia clínica y las ayudas diagnósticas, a fin de corroborar los signos hallados en el examen clínico, además, ha de tenerse un diagnóstico definitivo, se determine el tratamiento, habiendo un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría, concepto que, contrario a lo indicado por el doctor Jaime León Londoño Pimienta, médico especialista en salud ocupacional, integrante del grupo de calificadores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Área de Salud Ocupacional, no existe en el presente caso.

En tercer lugar, porque en el expediente obra la historia clínica del señor Juan Carlos Morales Rodríguez, en la cual, no puede determinarse en parte alguna concepto desfavorable de recuperación respecto de los diagnósticos “*Insuficiencia cardíaca clase funcional II, Hipertensión arterial y Trastorno somatomorfo*”, en la medida que en dicho documental se indica:

- MEDICINA INTERNA. INFORME DEL MEDICO TRATANTE – CONCEPTO DE REHABILITACION PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: Paciente con falla cardiaca estadio C, por aneurisma ventricular izquierdo. Estado funcional II. Pronóstico de recuperación funcional: Se espera que la realización de este tratamiento mejore la función perdida de forma: Significativa. El pronóstico de recuperación funcional cuando termine el tratamiento pendiente es: Bueno. Complicaciones que desmejore el pronóstico de recuperación: Trastorno de dolor somatomorfo.
- 09/05/2011. CARDIOLOGIA URGENCIAS. Prueba de ejercicio cardiopulmonar 03/05/2011. Consumo máximo de oxigeno discretamente bajo, puede tener actividad física normal. Los parámetros de la función cardiaca tuvieron un comportamiento normal.
- 25/05/2011. MEDICINA GENERAL. Prueba de ejercicio cardiopulmonar 03/05/2011. Actividad física normal sin limitación para trabajo usual. Limitación de tipo ventilatorio leve que puede ser explicado por Cx de aneurisma.

En cuarto lugar, porque tal como lo expuso el Juzgador de primera instancia, para efectos de fijar el porcentaje de la deficiencia *“Insuficiencia cardiaca clase funcional II”*, la Junta Nacional de Calificación de Invalidez utilizó la tabla 7.1 - Capitulo 7 del Decreto 917 de 1999 que señala para la clase II los criterios: *“Existe enfermedad orgánica del corazón, pero no presenta síntomas en reposo. Camina libremente sobre llano, sube por lo menos un piso por escaleras y lleva a cabo las actividades cotidianas sin síntomas. Los esfuerzos prolongados, las tensiones emocionales, el apresuramiento, la subida de cuevas, los deportes o actividades similares, desencadenan síntomas. No hay signos de insuficiencia cardíaca congestiva. 7.5-22.4”*, y en su dictamen se hizo referencia: i) a la prueba de ejercicio cardiovascular del 03 de mayo de 2011, donde se indicó: *“...Este paciente puede tener actividad física normal sin limitación para trabajo usual. Existen indicios de una limitación de tipo ventilatorio leve que pudiera ser explicado por restricción secundaria a la cirugía de aneurisma. La función cardíaca y parámetros de la función cardíaca tuvieron un comportamiento normal. Concepto de rehabilitación de medicina interna (sin fecha)*

falla cardíaca estadio C, POP aneurisma ventricular izquierdo estado funcional II, ha presentado trastorno de dolor somatomorfo, buen pronóstico...”; y ii) a la valoración interdisciplinaria en la Junta Regional de Calificación de Invalidez, que señala: “...Paciente hipertenso hace 10 años, en tratamiento con metoprolol, enalapril y aspirineta, sin complicaciones a la fecha. Aqueja de dolor en tórax, por ello toma tramadol. En octubre de 2009 le detectaron aneurisma por cateterismo, para ello le hacen intervención quirúrgica. Aqueja que cuando está parado 06 horas, se le inflaman los pies. Al examen físico: buenas condiciones generales, conscientes y orientadas. P/A 130/80. Corazón: RscsRs, sin soplos. Pulmones: murmullo vesicular normal, sin ruidos agregados. Extremidades sin edemas. Actualmente se fatiga fácilmente, dolor precordial, comenta que luego de 6 horas de estar laborando se edematizan los pies. Camina 15 minutos despacio y debe parar a descansar, dificultad para subir escaleras y caminar en planos inclinados, comenta que para subir hasta su casa inicialmente se demoraba 5 minutos y ahora se demora 15 minutos. Independiente en actividad de baño y vestido, refiere que al agacharse se marea. Debe seguir una dieta especial baja en grasas y harinas comenta que en la empresa anterior fue despedido posterior a su cirugía, en la empresa actual no saben de su patología por temor a que lo retiren, tenía recomendaciones laborales y comenta que los compañeros le colaboran cuando debe manipular objetos pesados. Vive con la esposa y una hija, buenas relaciones familiares y sociales, comenta que se irrita con más facilidad, evita molestarle por lo cual se aleja de la familia o de los amigos...”.

Y en el acápite ANÁLISIS Y CONSIDERACIONES refirió: “En relación con las deficiencias, de acuerdo con la historia clínica obrante al expediente y teniendo en cuenta que el paciente no asistió a la valoración médica se encuentra paciente de 49 años de edad, ocupación preparador de telas-operario en empresa Termilenio durante 4 años, en total en la actividad 21 años con antecedente de hipertensión arterial sin compromiso del órgano blanco, quien presentó infarto agudo de miocardio, realizan coronariografía el 21/04/2007 que muestra coronarias sanas, zona de aquinesia apical anterior e inferior, control del 16/09/2008 reporta arterias coronarias epicárdicas sin estenosis angiográfico sin de trombo en ventrículo izquierdo y aquinesia apical e imagen de trombo intraventricular calcificada, el 09/10/2008 realizan resección de aneurisma ventricular izquierdo con reconstrucción ventricular izquierdo, en tratamiento con metoprolol, enalapril y aspirineta, sin complicaciones a la fecha, aqueja de dolor en torax, por ello toma tramadol, además cuando está parado 6 horas, se le inflaman los pies,

al examen físico reportan buenas condiciones generales, conscientes y orientadas. PA: 130/80, Corazón: RscRs, sin soplos, Pulmones: murmullo vesicular normal, sin ruidos agregados. Extremidades sin edemas, actualmente se fatiga fácilmente, dolor precordial, comenta que luego de 6 horas de estar laborando se edematizan los pies, camina 15 minutos despacio y debe parar a descansar, dificultad para subir escaleras y caminar en planos inclinados, comenta que para subir hasta su casa inicialmente se demoraba 5 minutos y ahora se demora 15 minutos, independiente en actividad de baño y vestido, refiere que al agacharse se marea, debe seguir una dieta especial baja en grasas y harinas, comenta que en la empresa anterior fue despedido posterior a su cirugía, en la empresa actual no saben de su patología por temor a que lo retiren, tenía recomendaciones laborales y comenta que los compañeros le colaboran cuando debe manipular objetos pesados, vive con la esposa y una hija, buenas relaciones familiares y sociales, comenta que se irrita con más facilidad, evita molestarlo por lo cual se aleja de la familia o de los amigos, además presenta trastorno somatomorfo sin requerimiento de hospitalización por éste aspecto ni compromiso cognitivo; hallazgos corroborados a la valoración médica realizada por esta Junta, calificado acorde a la clínica del paciente y los parámetros contemplados en el Decreto 917/1999 MUCI y no se evidencian elementos clínicos de juicio que permitan modificar la calificación, motivo por el cual se ratifican las deficiencias...”.

Adicionalmente, resalta la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que el paciente fue citado para valoración, pero no se presentó. En razón de lo anterior, evaluó al actor con fundamento en los antecedentes obrantes en el expediente y la calificación realizada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, otorgando el porcentaje superior previsto en la tabla 7.1 - Capítulo 7 del Decreto 917 de 1999, a saber: 22.4%.

Porcentaje que discrepa del asignado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, ente que para la patología “Enfermedad orgánica del corazón”, utilizó la tabla y el Decreto aludidos ubicándola en la clase IV, tomando los criterios: “...Existe enfermedad orgánica del corazón con síntomas en reposo. Cualquier actividad que vaya más allá de la personal o su equivalente le produce malestar creciente. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o el síndrome anginoso pueden aparecer incluso en reposo. Los signos de insuficiencia cardíaca congestiva son normalmente resistentes a la terapéutica. 37.5-49.5...”, y asignó el menor valor, esto es, 37.5%.

Considera la Sala que el porcentaje asignado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral expedido el 1º de octubre de 2015, respecto de la deficiencia “enfermedad orgánica del corazón – clase IV”, no tiene sustento ni respaldo en la historia clínica del accionante y en las ayudas diagnósticas, en la medida que los criterios previstos en el Decreto 917 de 1999 para fijar dicho porcentaje no se encuentra corroborado en los exámenes clínicos obrantes en el expediente, y menos un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría. Y si bien el señor Juan Carlos Morales Rodríguez manifestó ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez en su valoración, presentar *dolor en tórax, que cuando está parado 06 horas, se le inflaman los pies, que se fatiga fácilmente, dolor precordial, comenta que luego de 6 horas de estar laborando se edematizan los pies, que camina 15 minutos despacio y debe parar a descansar, dificultad para subir escaleras y caminar en planos inclinados, que para subir hasta su casa inicialmente se demoraba 5 minutos y ahora se demora 15 minutos y que en la empresa anterior fue despedido posterior a su cirugía, en la empresa actual no saben de su patología por temor a que lo retiren, tenía recomendaciones laborales y comenta que los compañeros le colaboran cuando debe manipular objetos pesados; lo cierto es que las solas afirmaciones del paciente en las cuales describe sus molestias y sintomatologías, no pueden tener valor en este juicio, por ausencia de signos o exámenes complementarios, para establecer la deficiencia “enfermedad orgánica del corazón en clase IV.*

Así mismo, se tiene que la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral, refiere a valoraciones de Cardiología del 25 mayo de 2011 y de Medicina interna del 25 de agosto del mismo año, respecto de los cuales el doctor Jaime León Londoño Pimiento, médico especialista en salud ocupacional, integrante del grupo de calificadores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Área de Salud Ocupacional en la audiencia de ratificación del dictamen, para respaldar su tesis hizo alusión, no obstante, dichas evaluaciones fueron realizadas con posterioridad a la fecha de estructuración fijada por los entes calificadores, por lo que tales apreciaciones no guardan congruencia.

Ahora. Respecto de las minusvalías, clasificadas en el Libro Tercero del Decreto 917 de 1999, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia le asignó a la minusvalía de DESPLAZAMIENTO un 1.5%, el cual según las categorías de escala previstas por la norma aludida refiere a un “...*Desplazamiento reducido al ámbito de la vecindad. El individuo debido a su patología, solo puede realizar esfuerzos moderados que le restringen su desplazamiento a ámbitos de la vecindad propia...*”, pero como se indicó en la prueba de ejercicio cardiovascular realizada el 03 de mayo de 2011, se dijo que el paciente puede tener actividad física normal sin limitación para trabajo usual; a la minusvalía OCUPACIONAL un 7.5%, que alude a: “...*Cambio de ocupación. El individuo se encuentra en un estado en el cual, como consecuencia de la enfermedad o el accidente y luego de la rehabilitación integral, no puede desempeñarse en su labor habitual ni en otra similar y necesariamente debe capacitarse para desarrollar aptitudes y destrezas que le permitan ejecutar un nuevo oficio. Esta nueva ocupación puede mantener su estatus ocupacional y socioeconómico...*”; no obstante, el actor para el 3 de mayo de 2011, no presentó limitaciones para su trabajo usual, y en el Concepto de Rehabilitación para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral: se señaló buen pronóstico de recuperación funcional significativo, posterior al tratamiento.; a la DE INTEGRACIÓN SOCIAL un 0.5%, que exige: “...*Participación inhibida. El individuo debido a su patología se inhibe de participar en toda la gama de actividades sociales que le corresponden a su contexto sociocultural, (incluye timidez, vergüenza y otros casos derivados de problemas de imagen a causa de un desfiguramiento u otras deficiencias y discapacidades) y algunas deficiencias de personalidad o discapacidades de conducta de carácter leve...*”, sin embargo, el historial clínico documenta tales inhibiciones, pues se dice que tiene “...buenas relaciones familiares y sociales; a la de AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA un 2.0%, que indica que es: “...*Económicamente débil. El individuo a raíz de su patología solamente puede cubrir sus necesidades esenciales (vivienda, alimentación y vestido)*, categoría esta que no corresponde a la realidad pues el demandante en el interrogatorio de parte absuelto afirmó tener vínculo laboral vigente, vela económicamente por su familia, y se ha desempeñado como operario desde hace más de 20 años...”; y a la de EN FUNCION DE LA EDAD, un 2.5%, que requiere 55 o más años de edad, cuando debió asignar un porcentaje del 2%, por contar para mayo de 2011 con 46 años.

En quinto lugar, porque el dictamen proferido por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia allegado con la demanda constituye un simple medio probatorio, así lo precisó la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia SL – 3992 de 2019 reiterada en la sentencia SL-509 de 2022. en donde expresó:

“...Sin embargo, al mismo tiempo, por la diversidad de factores que confluyen a la determinación de la realidad de la salud del paciente y la evolución de su capacidad laboral, la Sala ha determinado que dichos dictámenes no constituyen una prueba definitiva, incuestionable o inmodificable en el marco del proceso ordinario, ni muchos menos una prueba de carácter ad substantiam actus. Contrario a ello, ha destacado esta corporación, en múltiples oportunidades, que dichas experticias constituyen una prueba más del proceso que el Juez puede valorar de manera libre, dentro del marco de sus facultades de libre valoración de la prueba y libre formación del convencimiento. (Ver CSJ SL, 18 mar. 2009, rad. 31062, CSJ SL, 18 sep. 2012, rad. 35450, CSJ SL3090-2014, CSJ SL9184-2016, CSJ SL697-2019 y CSJ SL3380-2019).

En dicha medida, no es cierto que, como lo reivindica la censura, la calificación del estado de invalidez constituya una cuestión técnica ajena al conocimiento de los jueces, pues, por el contrario, es precisamente el Juez del trabajo el que tiene el poder jurisdiccional para establecer el estado de invalidez y todas sus variables asociadas, esto es, entre otras, el origen de la enfermedad o accidente, la fecha de estructuración y el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral. Para esos fines, a su vez, el Juez cuenta con amplias potestades probatorias y de reconstrucción de la verdad real del proceso, de manera tal que puede darle credibilidad plena al dictamen o someterlo a un examen crítico integral o de alguno de sus elementos, hasta el punto de apartarse legítimamente de sus valoraciones y conclusiones.

Específicamente, en tratándose de la valoración de la pérdida de la capacidad laboral de los afiliados al sistema de seguridad social y de la fecha de estructuración de tal evento, la Corte ha sostenido que los dictámenes de las juntas de calificación, a pesar de su importancia, no representan conceptos definitivos e inmutables, sino pruebas del proceso que bien pueden ser revaluadas o desvirtuadas por el Juez del trabajo, en ejercicio de sus libertades de valoración probatoria...”.

Así entonces, en criterio de esta superioridad, las valoraciones efectuadas por Colpensiones, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez y por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, si guardan consonancia y correspondencia con la historia clínica de la demandante allegada, para cada una de las calendas en que los entes calificadores evaluaron la pérdida de la capacidad laboral de mencionado.

Es imperativo que, se recuerde el criterio que recientemente expuso la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia SL - 2349 de 2021, donde precisó:

“...Al definir un asunto en el que se opongan diferentes conceptos científicos sobre el estado de salud de una persona, los jueces pueden soportar su decisión en el que les ofrezca mayor credibilidad y poder de convicción.

Sobre este particular, en la sentencia CSJ SL-4346-2020 la Sala asentó:

De acuerdo con el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, el estado de invalidez se determina, en primera oportunidad, por las entidades de seguridad social y las juntas de calificación de invalidez, conforme al manual único para la calificación vigente al momento de su práctica - decretos 917 de 1999 o 1507 de 2014, según el caso (...). Aunque la Corte ha admitido la relevancia de los dictámenes que expiden las juntas de calificación de invalidez por tratarse de conceptos técnicos y científicos emanados de órganos autorizados por el legislador, lo cierto es que estos constituyen un medio de prueba y, como tal, deben someterse a la valoración del juzgador bajo los principios de libre formación del convencimiento y apreciación crítica y conjunta de la prueba, previstos en los artículos 60 y 61 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social (CSJ SL, 18 mar. 2009, rad. 31062, CSJ SL, 18 sep. 2012, rad. 35450, CSJ SL3090-2014, CSJ SL9184-2016, CSJ SL697- 2019, CSJ SL3380-2019, CSJ SL 3992-2019 y CSJ SL5601-2019).

En esa medida, el juez no puede simplemente ignorar las circunstancias que rodean el caso, la conducta procesal y los demás elementos probatorios adosados, pues todos, en conjunto, permiten determinar el momento en el que se produce, de manera definitiva, la disminución de la capacidad laboral de la persona...”

Siendo así, no es procedente declarar la nulidad de los dictámenes médicos expedidos el 31 de diciembre de 2012 por Colpensiones, el 25 de octubre de 2013 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia y el 16 de octubre de 2014 por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, y por ello, la Sala desestima la valoración médica realizada el 1° de octubre de 2015 por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por no estar correlacionada con el restante material probatorio.

Por último, en sexto lugar, porque el artículo 164 del Código General del Proceso establece que toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, por su parte el artículo 167 del mismo estatuto, en alianza con el artículo 1757 del Estatuto Civil, consagra el principio de la carga de la prueba que se explica afirmando que al actor le corresponde demostrar los supuestos fácticos en los cuales funda su pretensión y al demandado los hechos en que finca la excepción.

La Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en diversas oportunidades sobre el principio universal de la carga probatoria, y ha explicado que quien afirma una cosa está obligado a probarla. Quien pretende o demanda un derecho debe alegarlo, y adicionalmente, debe demostrar los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda, desplazándose la carga de la prueba al demandado cuando éste se opone o excepciona aduciendo en su defensa hechos que requieren igualmente de su comprobación, debiendo desvirtuar la prueba que el actor haya aportado como soporte de los supuestos fácticos propios de la tutela jurídica efectiva del derecho reclamado (sentencia de 5 de agosto de 2009, Expediente 36.549).

Resulta claro entonces claro, que en este proceso no se demostraron los supuestos de hecho que invocó el demandante para reclamar la pensión de invalidez de origen común, pues el citado ciudadano no puede considerarse una persona inválida, entendiendo este término de la manera descrita por la Corte Constitucional en la sentencia C-458 de 2015, pues no cuenta con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% requisito previsto en el artículo 38 de la Ley

100 de 1993, y por tanto, no reúne el requisito *sine qua non* para acceder a la pensión de invalidez deprecada.

DE LAS COSTAS

Ante la desventura del recurso de alzada las costas en ambas instancias corren a cargo del señor Juan Carlos Morales Rodríguez y en favor de Colpensiones.

Se fijan las agencias en derecho, en la suma total de \$1.160.000, para esta instancia.

Así las cosas, se confirmará la decisión absolutoria que se revisa en apelación, por las razones expuestas.

En mérito de lo expuesto, la **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, resuelve:

PRIMERO: Confirmar íntegramente la decisión de primera instancia que se revisa en apelación, por las razones expuestas.

SEGUNDO: Las costas en ambas instancias corren a cargo del señor Juan Carlos Morales Rodríguez y en favor de Colpensiones.

Se fijan las agencias en derecho, en la suma total de \$1.160.000, para esta instancia.

Lo resuelto se notifica en **EDICTO**. Se ordena regresar el proceso al Juzgado de origen.

Los Magistrados,

Jaime Alberto Aristizábal Gómez

John Jairo Acosta Pérez

Francisco Arango Torres

Firmado Por:

Jaime Alberto Aristizabal Gomez
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

John Jairo Acosta Perez
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Francisco Arango Torres
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **f7872793778fe1b6f3de507ecd2e108d18328c550d5f2f45c8ca5738f1d74df0**

Documento generado en 02/03/2023 01:29:34 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>