

REPÚBLICA DE COLOMBIA



SALA DE DECISIÓN LABORAL

El seis (06) de octubre de dos mil veintitrés (2023), la SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL del TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, procede a proferir sentencia de segunda instancia, en el presente proceso ordinario laboral promovido por el señor **JOSÉ HERNANDO ORJUELA FUQUENE** contra la **ARL COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES S.A.** (en adelante ARL COLMENA) y la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, (en adelante JNCI), tramitado bajo el radicado único nacional No. **05001-31-05-014-2015-00925-01**, venido a esta instancia en apelación de la sentencia de primera instancia.

El Magistrado del conocimiento, Dr. FRANCISCO ARANGO TORRES, declaró abierto el acto y previa deliberación sobre el asunto, la Sala adoptó el proyecto presentado por el ponente, el cual quedó concebido en los siguientes términos:

1. ANTECEDENTES:

A través de la presente acción judicial, el actor pretende que se declare la nulidad del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (en adelante PCL), emitido por la JNCI, y que se le dé pleno valor probatorio al dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia (en adelante JRCIA), emitido el 20 de septiembre de 2013, en el que se dictaminó una PCL del 52.74% de origen laboral o en su defecto, se tenga en cuenta el dictamen emitido por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA del 04 de noviembre de 2014, en donde se le asignó una PCL del 58.80% de origen laboral. Como consecuencia de lo anterior, pretende se conceda la pensión de invalidez de origen laboral a partir de la fecha de estructuración de la misma, las mesadas adicionales, los intereses moratorios del artículo 141 de la Ley 100 de 1993 o en subsidio la indexación de las condenas y las costas y agencias en derecho.

Como fundamento fáctico de las pretensiones, expone el actor que se venía desempeñando como oficial de construcción vinculado a la ARL COLMENA sufriendo

un accidente de trabajo el 09 de febrero de 2012, resbalando sobre una superficie de arenilla, cayó de su propia altura y tuvo unas lesiones corto-contundentes en el miembro superior derecho, siendo atendido en la Clínica Medellín en donde le diagnosticaron “HERIDA EN MUÑECA DE LA MANO, PARTE NO ESPECÍFICA”.

Dice que a raíz del accidente se le generaron varias incapacidades, que además tuvo que ser operado, le hicieron diversos procedimientos médicos, pero la evolución fue compleja, y fue calificado por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA el 20 de septiembre de 2013, en la que se determinó una PCL del 52.74% de origen laboral, estructurada el 17 de enero de 2013 con diagnóstico de “SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO CON PÉRDIDA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD, RIGIDEZ DIGITAL POS TRAUMATICO, LIMITACIONES PARA LAS FUNCIONES DE PINZA Y AGARRE MANUAL”.

Afirma que la ARL COLMENA inconforme con esta decisión apeló la calificación ante la JNCI, quien, mediante dictamen del 05 de junio de 2014, estableció una PCL del 43.50% de origen laboral, basado en los diagnósticos de “DOLOR CRÓNICO INTRATABLE Y TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO”, porcentaje que considera no concuerda con su real estado de salud, secuelas y perjuicios.

Relata el accionante que acudió a la FACULTAD DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, para que los peritos realizan una nueva calificación, entidad que emitió dictamen el 04 de noviembre de 2014, en el que se le asignó una PCL del 58.80% de origen laboral.

Finaliza indicando que la calificación realizada por la JNCI no evaluó adecuadamente la situación de las secuelas y perjuicios derivados de su accidente de trabajo, pues además del diagnóstico motivo de calificación de “DOLOR CRÓNICO INTRATABLE Y TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO”, no se le incluyeron los diagnósticos de “RUPTURA DE TENDONES FLEXORES MANO DERECHA, DISCAPACIDAD SEVERA, BRAZO BLOQUEADO, EVOLUCION CON DISTROFIA, DISESTESIAS, PARESTESIAS, HIPOESTESIA, ALGONEURODISTROFIA Y LESION DEL NERVIO MEDIANO”.

2. DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La oficina judicial de la primera instancia, declaró la nulidad del dictamen emitido por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, y en su lugar, declaró que al demandante le asiste derecho a la pensión de invalidez de origen profesional, con fundamento en el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia que le otorgó una PCL del 52.74%. En consecuencia, condenó a la ARL COLMENA, a reconocer y pagar al demandante la pensión de invalidez de origen profesional desde el 7 de enero de 2013, en cuantía inicial de un SMLVM en 13 mesadas anuales, liquidando por concepto de retroactivo pensional hasta el 31 de marzo de 2021, la suma de \$77'325.985, suma que ordenó indexar. Declaró probada la excepción de compensación y autorizó a la ARL COLMENA a descontar el retroactivo pensional, la suma de \$23'213.475 que recibió el demandante por concepto de indemnización por pérdida de capacidad laboral y pago de incapacidades, y también a efectuar el descuento de los aportes a seguridad social en salud. Condenó en costas a la ARL COLMENA, y fijando como agencias en derecho la suma de \$5'000.000.

Para arribar a la anterior decisión, adujo el *a quo*, que las autoridades judiciales gozan de libertad probatoria, de manera que, apoyados en un criterio científico, pueden tomar la determinación que consideren la más acertada al caso. Afirmó que, en este asunto, el dictamen practicado por la JRCIA, tenía un grado de cientificidad mayor que el dictamen practicado por la JNCI, máxime que el primero encontraba respaldo en el dictamen realizado por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, lo que permitía reforzar su pertinencia. Indicó que el dictamen practicado por la JRCIA, demuestra que tuvo la posibilidad de auscultar directa y presencialmente al demandante, y asignó los puntos porcentuales a la deficiencia con superioridad a los otorgados por la JNCI, porque el actor se trataba de una persona que ejercía su labor como oficial de la construcción y perdió absolutamente la movilidad de su mano derecha dominante, de ahí, que se haya ponderado ese porcentaje superior, máxime que la JNCI no tuvo en cuenta aspectos determinantes como es el rol laboral y social del demandante, pues al perder la movilidad de su mano dominante, quedó por fuera del mercado laboral para el cual tenía su perfil ocupacional.

3. DEL RECURSO DE APELACIÓN:

La apoderada judicial de la ARL COLMENA S.A., presentó recurso de apelación contra la anterior decisión, manifestando que el juez de instancia le dio una mayor importancia al rol laboral y ocupacional del demandante, debido a que a su juicio fue

debidamente valorado por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN, sin embargo, considera que la mayor disputa que se tiene entre la JUNTA REGIONAL y la JUNTA NACIONAL, es respecto del valor otorgado a la deficiencia y no a la minusvalía, ya que la JUNTA REGIONAL toma la minusvalía en 17.50% y la JUNTA NACIONAL la valora en 16.50%, es decir, tan solo un punto de diferencia. Expone que la mayor diferencia se da en la deficiencia donde la JUNTA NACIONAL le da un 20% y la JUNTA REGIONAL le da un 28.24%, aspecto que considera no se analizó a profundidad, siendo precisamente la deficiencia el objeto de la controversia principal.

Señala que en este caso no hay discusión respecto del origen de las patologías sufridas por el actor y tampoco del accidente de trabajo sufrido el 9 de febrero de 2012.

No obstante considera que no tiene sentido que el juez tome como apoyo del dictamen proferido por la JRCIA, el practicado por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, ya que esta última entidad no tiene ningún equipo interdisciplinario para proferir el dictamen, de lo que deviene que se encuentre errónea la apreciación de asignar el valor de deficiencia del demandante con fundamento en la tabla 11.5 que habla de la deficiencia por alteración de medula espinal, cuando debió ser calificado con la tabla 11 que corresponde al sistema nervioso central, puesto que en ningún estudio clínico se establece la existencia alguna de la lesión medular, máxime que la existencia de un trauma distal en extremidad en el desarrollo de un dolor de tipo neurótico distal, debe pretender homologarse a una lesión del sistema nervioso central, ya que este procedimiento no tiene ninguna validación en el manual único de calificación del Decreto 917 de 1999.

Reitera que la JRCIA y la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA al utilizar la tabla 11.5 de deficiencia del sistema nervioso central, específicamente con la medula espinal incurre en error para asignar un valor a un dolor neurótico que corresponde realmente al sistema nervioso periférico, siendo ésta la razón por la cual la JNCI decide asignar el menor valor de la deficiencia que existe para dicho criterio.

Dice que en este tipo de casos la calificación debe hacerse a través del capítulo 2 del sistema nervioso periférico, y para los casos de mayor gravedad por pérdida funcional total debidamente demostrada, se autoriza la homologación a amputación

de segmento comprometido, lo cual no aplicaría al presente caso al no cumplirse los criterios clínicos requeridos.

También expone que la condición dolorosa del accionante se circunscribe al área de la mano, comprometiendo la funcionalidad misma derivada del dolor, pero sin que se demuestre la existencia desde el año 2014 de un síndrome doloroso regional complejo y mucho menos que comprometa la totalidad de la extremidad por lo que tampoco se puede pretender hacer la homologación del cuadro clínico a una amputación.

Conforme a lo anterior, no se encuentra conforme con el dictamen emitido tanto por la JRCIA como por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, puesto que debieron tener en cuenta los hallazgos reportados en el 2014 y ratificados en el 2016 en donde se relata que el dolor solo se hallaba en la mano, no en la extremidad completa, mientras que el perito particular indica en su dictamen y sustentación al mismo, contrariando la historia clínica, que el dolor se irradia en la totalidad del brazo y cuando se le indaga sobre el porqué del cambio, éste indica que se basa en una anotación del 15 de noviembre de 2012, que refiere que el dolor va desde la parte distal hasta la parte proximal desconociendo las anotaciones más recientes en las que se indica que el dolor no es en la extensión completa. Igualmente, dice que el perito argumenta que el dolor es neurótico y que como no hay un dolorímetro, hay que creerle al paciente cuando éste indica que su dolor es ascendente por lo que lo califica como una situación compleja, no obstante, desde el 23 de septiembre de 2014, el Instituto del dolor indicó que el dolor neurótico no tenía criterio de síndrome regional doloroso complejo y aun así el perito particular ratifica tal síndrome en su valoración.

Por lo anterior, solicita que se haga una valoración del dictamen emitido por la JUNTA NACIONAL respecto de la descripción de la pérdida funcional de la extremidad superior derecha, básicamente en la parte de la deficiencia, y se analice bajo criterio científico con la historia clínica aportada al trámite, los diferentes dictámenes de PCL, con el fin de determinar que el actor no tiene derecho a que se le asigne un 28.24% de deficiencia, sino del 20%, de manera que en ese sentido, no habría lugar ni siquiera a modificar el porcentaje de minusvalía que podría ser del 17.50% para que la PCL del demandante llegara como máximo al 43% o 45%, por lo que se concluiría que no habría lugar al reconocimiento de la pensión de invalidez ordenada en primera instancia.

Adicionalmente, solicita que en caso de condenar al pago de la pensión de invalidez, se mantenga la absolución de los intereses moratorios y la condena por indexación, así como que se mantenga la decisión de compensar los dineros recibidos por el demandante por valor de \$23'213.475.

4. DE LOS ALEGATOS EN ESTA INSTANCIA:

Corrido el traslado para alegar en esta instancia, los apoderados de la parte DEMANDANTE y de la ARL COLMENA, presentaron escrito de alegatos de conclusión, los que se anotan resumidamente lo siguiente:

ALEGATOS DEL DEMANDANTE.

La Sentencia emitida por el Juez de primera instancia llegó a la convicción de que tenía más especificidad para declarar que al demandante la asistía el reconocimiento y pago de pensión de invalidez de origen profesional a partir del 17 de enero de 2013, el dictamen emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA, reforzado y apoyado por el dictamen emitido por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA y que fue aportado en la demanda y sustentado en audiencia por el Dr. JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA.

En resumen, se observa que el perito JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA explicó que el padecimiento de JOSÉ HERNANDO ORJUELA FÚQUENE, estructurado desde el 17 de enero de 2013, consistió. En un SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO, que como irritación neuro-vascular, se manifiesta con dolor, síndrome vaso-vagal de calor, color, afección neurológica que conlleva a una AFECTACIÓN DEL RESTO DE LA MOVILIDAD DEL MIEMBRO AFECTADO; por lo mismo, a la PÉRDIDA DE LA FUNCIONALIDAD; que se considera una SECUELA ESTRUCTURADA QUE, AÚN PARA EL 2019 Y HACIA EL FUTURO PERSISTE.

Explicó el perito qué, se ameritaba un porcentaje adicional del 20% por tener el paciente una afección del miembro dominante; que por su capacidad laboral en la construcción lleva al trabajador a una invalidez.

La demandada cuestionó en su apelación, sin fundamento científico que el experticio llevado a cabo por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA se sobrepasó y rebasó anti técnicamente la

información existente en la historia clínica del actor; toda vez que, el diagnóstico del paciente era apenas temporal y susceptible de mejoría.

Contradice la apelación del demandante, no sólo la explicación científica del perito JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA; sino también, la calificación emitida por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA; basadas ambas, en la misma historia clínica del paciente inválido desde el año 2013.

La misma historia clínica del JOSÉ HERNANDO ORJUELA FÚQUENE prueba que, como consecuencia de accidente de trabajo sufrido el día 9 de febrero de 2012, padeció un “ESGUINCE DE MUÑECA DERECHA”, una “RUPTURA DE TENDONES FLEXORES MANO DERECHA” y una “Discapacidad SEVERA”, siendo programado para cirugía el 23 de marzo de 2012, día en que se le realizó “TOMA DE INJERTO TENDINOSO FUERA DE REGIÓN OPERATORIA” e “INJERTO DE TENDÓN FLEXOR DE MANO, TENOTOMÍA DEL PALMAR MAYOR”³

Qué, por su accidente laboral, padeció “Brazo bloqueado” “Evolución con distrofia”, “DISESTESIAS”, “PARESTESIAS” “HIPOESTESIA”. “ALGONEURODISTROFIA” y “LESIÓN DEL NERVIIO MEDIANO”, con evolución entre el 2012 y el 2013 a “DOLOR EN EL HOMBRO CON LIMITACIÓN PARA SU MOVILIZACIÓN Y DEL ANTEBRAZO”, “SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO”; se le recomendó “ORTESIS PARA MOVILIZACIÓN DINÁMICA FLEXORA DE 2, 3, 4, 5 DEDOS”, “PREGABALINA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE ORIGEN NEUROPÁTICO”, “BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO”.

La JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA el 20 de septiembre de 2013 certificó una pérdida de capacidad laboral del “52.74% con origen en accidente de trabajo” basado en los diagnósticos “SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO CON PÉRDIDA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD”, “RIGIDEZ DIGITAL POS TRAUMÁTICO”, “LIMITACIÓN PARA LAS FUNCIONES DE PINZA Y AGARRE MANUAL” estructurada desde el “17 de enero de 2013”.

Por las consideraciones anteriores, solicito al Honorable Tribunal, confirmar la Sentencia de primera instancia.

ALEGATOS DE LA ARL COLMENA.

El Artículo 9 de la Ley 776 de 2002 y el Artículo 142 del Decreto 019 de 2012, son claros en indicar que para efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales,

son competentes para determinar en primera instancia la pérdida de capacidad labora y calificar el grado de invalidez y el origen de la contingencias, el Instituto de Seguros Sociales, COLPENSIONES, las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y las Entidades Promotoras de Salud EPS, y en segunda instancia, en caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación, lo serán las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Ahora bien, tal como se ha indicado jurisprudencialmente, los operadores judiciales tienen la facultad de formar libremente su convencimiento, por lo que los dictámenes emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez no son prueba solemne respecto del estado de invalidez de las personas. Sin embargo, el principio de libre formación del convencimiento lleva consigo varios conceptos, tal como lo ha desarrollado ampliamente la jurisprudencia, por ejemplo, en sentencia SL 4823 de 2019 M.P. CLARA CECILIA DUEÑAS QUEVEDO, en la cual indicó de relevancia lo siguiente:

“En este punto, considera oportuno la Corte reiterar que conforme lo dispuesto en el artículo 61 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, el funcionario judicial en ejercicio de las facultades propias de las reglas de la sana critica, puede apreciar libremente los diferentes medios de convicción. Igualmente, como se adoctrinó en la sentencia CSJ SL2049-2018. la formación del libre convencimiento con el principio de a sana critica, implica que aquel debe fundar su decisión en aquellos elementos probatorios que le merecen mayor persuasión o credibilidad que permiten hallar la verdad real, siempre y cuando las inferencias sean lógicas y razonables.

En esa providencia se indicó que dicho principio apunta a varios Conceptos que lo integran y que se condensan en: i) las reglas de la Lógica necesarias para elaborar argumentos probatorios de tipo deductivo. inductivo, o abductivo, como los axiomas y las reglas de inferencia. principios lógicos que justifican la obtención de verdades a partir de otras verdades las máximas de la experiencia. Que hacen referencia a las premisas obtenidas del conocimiento de la regularidad de los sucesos habituales, es decir, de lo que generalmente ocurre en un contexto de científicos afianzados. Los procedimientos, protocolos, guías y reglas admitidos por los distintos ámbitos profesionales o técnicos (negrilla y subrayado por fuera del texto).

En ese sentido, si bien el juez no está sujeto a la tarifa legal y puede formar libremente su convencimiento, no le sería posible acoger un dictamen de pérdida de capacidad laboral por el simple hecho de que este le sea más favorable al demandante, pues el análisis probatorio del operador judicial debe estar siempre atado a una apreciación de su contenido técnico científico y que el mismo, conforme a la valoración integral de la prueba, ofrezca absoluta credibilidad técnica, pues de lo contrario se estaría acudiendo a un criterio subjetivo de valoración probatoria.

Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos que el demandante presentó dentro del proceso, una prueba consistente en el dictamen de pérdida de capacidad laboral practicado de manera independiente por la Facultad Nacional De Salud Pública de la U DE A en el cual se determinó que aquel poseía una pérdida de capacidad laboral del 58.80% de origen laboral, dictamen este que no tiene la capacidad suficiente para desvirtuar aquel proceso clasificatorio que finalizó con el dictamen de la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ por carecer de la técnica exigida por el decreto 917 de 1999, razón por la cual, contrario a lo motivado por el AQUO, este no puede ser tenido en Cuenta para los efectos sustanciales aquí perseguidos por no ofrecer credibilidad alguna.

El dictamen realizado por la Facultad Nacional De Salud Pública de la UDEA, fue objeto de contradicción conforme de Artículo 228 del CGP, por lo que en la audiencia llevada a cabo el 3 de febrero de 2020 se interrogó al perito JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA, quien se ratificó el contenido del mencionado experticio, pero evidenciándose que este sobrepaso y rebasó anti técnicamente la información existente en la historia clínica del actor, determinando perdida funcional de la extremidad careciendo de prueba técnica y científica para dicho diagnóstico, máxime si se tiene en cuenta que al momento de realizar dicho dictamen no existía un diagnóstico neuropático complejo que comprometiera la totalidad de la extremidad, contrariando o determinado por el médico tratante en la historia clínica obrante en el plenario, el cual determinó que su diagnóstico era apenas temporal y susceptible de mejoría, conforme a la epicrisis de la clínica de fracturas y demás documental.

Este apoderado judicial, se opone a que se declare la nulidad del dictamen emitido por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, toda vez que el mismo se encuentra en firme y en el mismo se le asignó una pérdida de capacidad laboral al actor del 43.50% estructurada el día 17 de enero de 2013, dictamen que fue emitido por entidad legalmente idónea, competente y creada por la ley para tal fin, más aún cuándo dicha experticia y valoración se ejecutó en cumplimiento a los parámetros legales contenidos en los decretos 917 de 1999, 2463 de 2001, 1352 de 2013 y en aplicación a las garantías constitucionales del debido proceso, además el dictamen uenta con pleno sustento médico, técnico y jurídico respecto a la verdadera pérdida de capacidad laboral que presentaba el demandante al momento de su calificación.

Motivos de Apelación

El Juez, procede a declarar nulos los dictámenes emitidos tanto por la ARL COLMENA S.A. como por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, acogiendo entonces sin criterio jurídico, fáctico y probatorio alguno, o que más le convenía al demandante.

Me opongo o que se le de valor probatorio al dictamen emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICARON DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA, ya que como se expresó de manera precedente el mismo nunca gozo de firmeza y fue cuestionado en su momento mediante los recursos de ley que elevara mi representada, situación que en aplicación al debido proceso originó que se desatara un nuevo dictamen por parte de la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. la cual se permitió modificar la pérdida de capacidad laboral del actor fundamentando su decisión en los antecedentes médicos y clínicos originados por el demandante definiéndose entonces que la incapacidad laboral del actor no alcanzó el porcentaje requerido para el estado de invalidez. tal y como se puede apreciar en la prueba documental alegada.

Ahora bien, en el caso de que bajo su apreciación probatoria. la H. Sala Tercera de Decisión Laboral decidiera REMOTAMENTE acoger las pretensiones de la demanda con base en la calificación emitida por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ solicito amablemente que se apliquen los términos de prescripción, habida cuenta que solo hasta este momento pudo haberse dictaminado que el demandante poseía una merma de capacidad laboral igual o superior al 50% que lo haga acreedor de la pensión deprecada.

En igual sentido, bajo este mismo panorama habrán de realizarse las compensaciones de los dineros recibidos por el actor por concepto de indemnización por Pérdida de Capacidad permanente Parcial incapacidades otorgadas por la ARL COLMENA S.A, todo ello debidamente indexado.

5. PROBLEMA JURÍDICO PARA RESOLVER:

El problema jurídico a resolver se circunscribe a establecer si con la prueba obrante en el plenario se logra demostrar que el demandante acredita la condición de invalidez de origen profesional, y en consecuencia, si hay lugar a ordenar a la ARL COLMENA a reconocer y pagar la pensión de invalidez deprecada por el actor.

Tramitado el proceso en legal forma y por ser competente esta Corporación Judicial para conocer de la apelación de la sentencia de primera instancia, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 1149 de 2007, se pasa a resolver, previas las siguientes,

6. CONSIDERACIONES:

La Sala se ocupará del estudio del recurso de apelación, con apego al imperativo contenido en el artículo 66 A del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad social, según el cual: *“La sentencia de segunda instancia, así como la decisión de autos apelados, deberá estar en consonancia con las materias objeto del recurso de apelación”*.

No es materia de controversia entre las partes, que el actor sufrió un accidente de trabajo el 09 de febrero de 2012, y que, a razón de lo anterior, se le realizaron diversos exámenes de pérdida de capacidad laboral por parte de la ARL COLMENA, la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA y de la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, tal y como se muestra a continuación:

- Primer dictamen (Folio 29 a 34 del archivo N°3 de la Carpeta 000 del expediente digital de primera instancia)
 - ARL COLMENA
 - FECHA DICTAMEN: 08 de julio de 2013
 - PCL: **26.20%**
 - ORIGEN: Laboral
 - FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 08 de julio de 2013
- Segundo dictamen (Folios 12 a 20 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia)
 - JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA
 - FECHA DICTAMEN: 20 de septiembre de 2013
 - PCL: **52.74%**
 - ORIGEN: Laboral
 - FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 17 de enero de 2013
- Tercer dictamen (Folios 23 a 33 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia)

- JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
- FECHA DICTAMEN: 05 de junio de 2014
- PCL: **43.50%**
- ORIGEN: Laboral
- FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 17 de enero de 2013

De igual forma, está acreditado que el demandante previo a la presentación de la demanda, decidió realizarse una calificación de manera particular, practicada por el Dr. JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA, médico especialista en salud ocupacional adscrito a la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, quien mediante dictamen del 23 de septiembre de 2014, que obra a folios 34 a 38 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia, determinó una pérdida de capacidad laboral del **58,80%**, de origen laboral, estructurada el 29 de mayo de 2012.

Es así, que las calificaciones de pérdida de capacidad laboral de la ARL y de las Juntas de Calificación de invalidez, tienen validez en la vía administrativa, sin perjuicio que sus dictámenes puedan ser enjuiciados en el proceso judicial a efecto de ser desvirtuados, tal y como ocurre en el presente asunto, por lo que, en criterio de la Sala, quien pretenda rebelarse contra los dictámenes realizados por las entidades legalmente facultadas para evaluar la pérdida de capacidad laboral, como en este caso la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, tiene la carga de explicar y demostrar cuáles son las falencias o errores que presenta el dictamen practicado.

El CGP en su artículo 227 permite que las partes que pretendan valerse de un dictamen pericial, puedan aportarlo al proceso por su cuenta, pero el legislador ha tenido un especial celo con las experticias practicadas extraproceso, exigiendo unos requisitos especiales para su introducción al litigio.

Ahora, en cuanto a la apreciación del dictamen pericial por parte del fallador, consagra el artículo 232 del CGP, que el juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, y las demás pruebas que obren en el proceso, de manera que, conforme la normatividad citada, analizado el dictamen pericial presentado por la parte actora y que fue producido extraproceso, encuentra la Sala, que, el mismo cuenta con las exigencias legales antes reseñadas.

Por lo anterior, se pasan a valorar los dictámenes que obran en el expediente y para tener un panorama más completo de lo acontecido, la Sala realiza un cuadro comparativo de los 4 dictámenes que obran en el proceso, el cual se visualiza a continuación:

ENFERMEDADES y/o DIAGNÓSTICOS	COLME NA	JRCIA	JNCI	PERITO PARTICULAR
Def extremidad MSD por dolor o disconfort por afectación del nervio mediano por debajo del antebrazo	X			
Miembro dominante 10 x 0.1	X			
Pérdida funcional de la extremidad superior derecha (dominante)		X		
Extremidad dominante sin funcionalidad			X	X
TABLA DEFICIENCIA	2.6, 2.9	I, 1.85 (Analogía)	11.5	11.5
DEFICIENCIA	10.40%	28.24%	20%	30%
DISCAPACIDAD	3.80%	7%	7%	5.8%
MINUSVALÍA	12%	17.50%	16.50%	23%
TOTAL	26.20%	52.74%	43.50%	58.80%

En este comparativo, respecto de la DEFICIENCIA, se aprecia, que los diagnósticos realizados por las Juntas de Calificación y el perito particular son similares, en cuanto evalúan al actor, por un diagnóstico que tiene que ver con la PÉRDIDA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD DOMINANTE, sin embargo, en lo que distan estas calificaciones, es en el porcentaje de deficiencia asignado, pues mientras el perito particular y la JRCI califican este ítem en 30% y 28.24% respectivamente, la JNCI en el mismo aspecto asigna un 20%, de manera que pasa la Sala a determinar en primer lugar, si las enfermedades que le fueron calificadas al actor, corresponden en efecto a las tablas de calificación establecidas en el Decreto 917 de 1999, el cual es aplicado al caso concreto, en segundo lugar, si dichos diagnósticos se encuentran debidamente documentadas en la historia clínica y en tercer lugar, se analizará si los porcentajes asignados a la deficiencia, corresponden a la lesión que padece el actor.

En este sentido, la TABLA No. 11.5 que habla de la “DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LA MÉDULA ESPINAL” y que fue la utilizada por la JNCI y por el perito particular, asignan los siguientes porcentajes de pérdida, respecto del uso de las extremidades superiores así:

Uso de las extremidades superiores	Extremidad Dominante	Extremidad No domin.	Deficiencia Ambas Extre.
Alguna dificultad en la destreza de mano y dedos.	1.0 - 4.9	1.0 - 2.4	2.5 - 9.9
No tiene destreza en mano y dedos.	5.0 - 14.9	2.5 - 9.9	10.0 - 19.9

Le sirve solo como extremidad auxiliar	15.0 - 19.9	10.0 - 14.9	25.0 - 35.0
No tiene ninguna funcionalidad.	20.0 - 30.0	15.0 - 20.0	40.0

De otro lado, la JRCIA, acudió a la TABLA No. 1.85 (por analogía), que habla de las “AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES SUPERIORES”, asignando para el efecto una calificación del 28.24%, que corresponde a lo siguiente:

AMPUTACIONES EN EXTREMIDADES SUPERIORES	Deficiencia extremidad (%)	Deficiencia global (%)
Amputación de un cuarto anterior	100	30.0
Desarticulación del hombro	97	29.0
Amputación del brazo por encima de la inserción del deltoides	97	29.0
Amputación por encima del codo y desarticulación del codo	95	28.5
Amputación 1/3 proximal antebrazo	95	28.5
Amputación 1/3 medio y distal antebrazo y desarticulación muñeca	90	27.0
Amputación transmetacarpiana	90	27.0
Amputación todos dedos excepto pulgar	54	16.0
Amputación pulgar	36	11.0
Amputación pulgar en IF	27	8.0
Amputación índice	23	7.0
Amputación índice IFP	18	5.5
Amputación índice IFD	10	3.0

Pues bien, para resolver el primer aspecto que tiene que ver con la tabla que se debe aplicar al caso concreto, es necesario recordar que la parte recurrente afirma en la alzada que en este caso la deficiencia que tuvo en cuenta el *a quo*, se calificó con fundamento en la tabla 11.5 que habla de la “DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LA MÉDULA ESPINAL”, cuando lo cierto es que debió ser calificado con la tabla 11 que corresponde al “SISTEMA NERVIOSO CENTRAL”, no obstante, considera la Sala que la recurrente incurre en un dislate jurídico, toda vez que el Decreto 917 de 1999, no trae ninguna tabla de calificación N°11, sino que habla de un CAPITULO XI (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL) y dentro de dicho capítulo se consignan las siguientes tablas:

- TABLA No. 11.1. Deficiencia global por alteraciones de la comunicación
- TABLA No. 11.2 Deficiencia global por alteraciones de las funciones complejas e integradas del cerebro.
- TABLA No. 11.3 Deficiencia global por alteraciones de la conciencia.
- TABLA No. 11.4. Deficiencia global por alteraciones neurológicas episódicas.
- **TABLA No. 11.5 Deficiencia global por alteraciones de la Médula Espinal**
- TABLA No. 11.6: Valores de deficiencia por alteraciones de los nervios craneales

Adicionalmente, refiere la recurrente que en este caso desde el año 2014, se demostró que el demandante ya no padece SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO que comprometa la totalidad de su extremidad y que por esa razón, no puede hacerse una homologación al cuadro clínico de una amputación (Tabla I, 1.85 (Analogía), ya que el dolor padecido por el actor, solo se halla en la mano y no en la extremidad completa, aspecto que es determinante en el presente asunto para establecer cuál es el porcentaje de deficiencia con que cuenta el demandante y con ello determinar si le asiste derecho a la pensión de invalidez reclamada.

Pues bien, los diagnósticos motivo de calificación del demandante en los 4 dictámenes que reposan en el plenario, fueron por las siguientes patologías:

Dictamen de la ARL COLMENA:

- Antecedentes de herida en mano derecha con lesión de flexor profundo de IV dedo de mano derecha.
- SDRC MSD Dominante

Dictamen JRCIA:

- Síndrome doloroso regional complejo con pérdida funcional de la extremidad
- Rigidez digital pos traumática
- Limitación para las funciones de pinza y agarre manual

Dictamen JNCI:

- Dolor neuropático crónico
- Traumatismo de tendón y músculo flexor de otro dedo a nivel de muñeca y de la mano

Dictamen FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA:

- Extremidad dominante sin funcionalidad

En este aspecto, el Dr. JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA, médico especialista en salud ocupacional adscrito a la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, al momento de sustentar en audiencia pública el examen realizado, manifestó que el demandante sí padece Síndrome doloroso

regional complejo tal y como lo aduce la JRCIA en su dictamen y explica que dicho síndrome tiene dos connotaciones, la primera, es desde el punto de vista nervioso que es el que le da la funcionalidad, y una condición adicional, es el daño tendinoso que el paciente sufrió y esto es lo que determina la parte de funcionalidad del daño.

También adujo el perito que se debe tener en cuenta la tabla 11.5 que corresponde a las deficiencias del sistema nervioso central, porque realmente el daño a nivel del sistema nervioso periférico no se acomodaría al caso, ya que el síndrome doloroso regional complejo, lo que hace es a nivel del cerebro dar un impulso del dolor crónico persistente, más que a nivel periférico, refiriendo que la mencionada tabla es la que se aplica al asunto, toda vez que habla del daño de la funcionalidad de la extremidad como tal.

Adicionalmente, relata que la historia clínica debe ser analizada en su totalidad y no unas notas de los médicos de forma aislada y en este caso, concluye con la historia clínica, que el actor sí presenta síndrome doloroso regional complejo, porque si bien el paciente puede sentir más dolor en la parte de la mano comprometida, también lo es que siente dolor en el resto de la extremidad y eso lo llevó a la parálisis de todo el brazo, porque el dolor es severo y se ha sostenido en el tiempo y como es el cerebro quien controla el dolor, por eso debe tomarse como de origen central.

Afirma que en la historia clínica del 26 de marzo de 2014, el médico tratante refiere que el demandante tiene síndrome doloroso regional complejo, grado 3 y posteriormente, como 3 o 4 meses después, refiere la historia clínica que lo que tiene el actor es un dolor neuropático sin criterios de síndrome doloroso regional complejo, situación que considera no se ajusta realmente al cuadro clínico del actor, porque en tan poco tiempo no puede haber una disminución del síndrome doloroso cuando este es crónico.

De igual forma, refiere que en el caso del demandante hay una pérdida funcional de la extremidad completa y no la afectación de traumatismo de musculo flexor a nivel de la muñeca como lo dijo la JNCI, ya que el actor no tiene funcionalidad de la extremidad derecha, es decir, que no puede hacer movimientos, no puede elevar la mano y no puede cerrarla, además, tiene una capsulitis del hombro derecho, lo que implica una inflamación o inmovilidad del hombro derecho, padeciendo secuelas de dolor agudo y movilidad limitada.

Al perito se le pone de presente la historia clínica sobreviniente de julio de 2019 y con ella afirma que continúa presente el síndrome doloroso regional complejo o causalgia como dice la historia clínica, pues se trata de una enfermedad crónica que necesita manejo de por vida, que si bien pudo tener alguna recuperación con las terapias que le han realizado, sigue con limitación en cuanto a los arcos de movimiento y no tiene agarre, es decir, que persiste la limitación del paciente.

Así, hecho un análisis de los dictámenes obrantes al plenario y analizado con detenimiento lo dicho por el Dr. JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA, médico especialista en salud ocupacional, considera la Sala que no puede acceder a lo dicho por la recurrente en el recurso de alzada, esto es, acudir a la tabla 11, porque como se vio renglones arriba, no existe dicha tabla en el Decreto 917 de 1999, así como tampoco se puede recurrir a la tabla 1.85, que fue la utilizada por la JRCIA, porque si bien el artículo 11 del Decreto 917 de 1999 permite recurrir a la homologación cuando una patología o un diagnóstico no aparezca en el manual, lo cierto es que recurrió a la tabla de amputación de extremidades superiores, cuando lo cierto es que la tabla 11.5, es la que más se ajusta a la realidad clínica del paciente y al diagnóstico padecido, pues se trata de una tabla que define el uso de las extremidades superiores y las limitaciones respecto de la extremidad dominante que es precisamente lo discutido en el asunto, por lo que será ésta la tabla que se deba tener en cuenta para la calificación del accionante.

Pasa la Sala a hacer un análisis de la historia clínica del accionante, con el fin de verificar los diagnósticos padecidos por éste, destacando lo siguiente:

- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 13 de febrero de 2012, refiere como diagnóstico principal: esguince y torcedura de dedo de la mano (folio 52 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 08 de marzo de 2012, refiere como diagnóstico principal: contusión de otras partes de la muñeca y de la mano, ruptura espontanea de tendones flexores. Tipo de discapacidad: de la destreza, grado severo (folio 64 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 16 de marzo de 2012, refiere como diagnóstico principal: contusión de otras partes de la

muñeca y de la mano. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 65 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 08 de junio de 2012, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 81 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 18 de junio de 2012, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel. Tipo de discapacidad: de la destreza grado moderado (folio 88 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia). En la misma fecha se dejó constancia que durante las sesiones por parte de ortopedia, se remitió a medicina del dolor por estar presentando Síndrome Doloroso reflejo tipo 2 (folio 105 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia)
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 22 de junio de 2012, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 90 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 26 de junio de 2012, refiere como diagnóstico principal: herida de la muñeca y de la mano, parte no especificada. Tipo de discapacidad: de la locomoción grado moderada (folio 91 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 13 de julio de 2012, refiere como diagnóstico principal: Dolor postoperatorio persistente: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2. (folio 130 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 17 de julio de 2012, refiere como diagnóstico principal: algoneurodistrofia. Tipo de discapacidad: de la destreza grado moderada (folio 94 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 16 de agosto de 2012, refiere como diagnóstico principal: Síndrome Doloroso regional complejo tipo

2. En el momento con dolor que se extiende desde la mano hasta el hombro (folio 116 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 21 de agosto de 2012, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 100 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 14 de septiembre de 2012, refiere como diagnóstico principal: Dolor postoperatorio persistente: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2. (folio 125 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 28 de agosto de 2012, refiere como diagnóstico principal: algoneurodistrofia. Tipo de discapacidad: de la destreza grado severa (folio 94 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 08 de noviembre de 2012, refiere como diagnóstico principal: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2. (folio 120 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 28 de noviembre de 2012, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: algoneurodistrofia. Tipo de discapacidad: de la destreza grado leve (folio 109 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 09 de enero de 2013, refiere como diagnostico principal: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2 (folio 144 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 24 de abril de 2013, refiere como diagnostico principal: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2. No hay posibilidad de recuperación a corto plazo por lo que debe ser calificado. El tratamiento es crónico. (folio 144 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 27 de mayo de 2013, refiere como diagnostico pre operatorio: Dolor neuropatico en MSD y como diagnostico postoperatorio persistente: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2 (folios 133 a 134 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 21 de junio de 2013, refiere en evolución: Paciente con diagnóstico de dolor neuropatico en MSD- Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2, a quien el 27 de mayo le realizaron un bloqueo con mejora del dolor en un 100% durante 6 días, luego nuevamente con dolor en MSD aunque en menor intensidad, especialmente en la mano y se asocia a alodinia, parestesias e hipostesia. El dolor no es constante, aparece con los movimientos y el frio (folio 135 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor del 01 de octubre de 2013, refiere como diagnóstico: Síndrome Doloroso regional complejo tipo 2. Limitación con dolor a la extensión del tercero, cuarto y quinto dedo, presenta cambios vasomotores con cambio de coloración consistente en palidez palmar, alodinia en cicatriz quirúrgica con criterios de SDRC tipo 2 estadio 3, cambios hipertróficos (folios 136 a 137 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 24 de abril de 2013, refiere como diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: algoneurodistrofia. Tipo de discapacidad: de la destreza grado moderada (folio 109 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 06 de noviembre de 2014. En la evaluación realizada al señor ORJUELA FUQUENE se refiere lo siguiente: Paciente con lesión de flexor de 4 dedo de la mano derecha desarrollando dolor neuropático que después fue manejado como SDRC tipo 2 con bloqueos analgésicos y medicación. En la última valoración por algesiología se descartó la continuidad de los criterios par SDRC y quedan manifestaciones de dolor neuropático en territorio demartomerico en mano. Adicionalmente persiste dolor en hombro que le limita la movilización en el balanceo del brazo durante la marcha y la posibilidad de tener la mano en

movimiento. Diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: dolor crónico. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 353 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 09 de febrero de 2015. Diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: dolor crónico. Tipo de discapacidad: de la destreza grado moderado (folio 354 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 12 de diciembre de 2015. En la evaluación al paciente el médico deja consignado lo siguiente: Paciente con lesión de flexor de 4 dedo de la mano derecha con retracción cicatricial y dolor neuropático a nivel de mano derecha que ha requerido manejo analgésico intervencionista y farmacológico crónico, refiere que el control parcial del dolor se da más con la hidrocodona con lo cual ha estado en los últimos meses, persiste el dolor. Examen físico: mano derecha no edema, no cambios tróficos, cirugía en cara anterior de la mano, no moviliza dedos, mano, codo, hombro argumentando dolor, pero no hay signos inflamatorios y la movilidad pasiva es normal, el trofismo es normal. Concepto: herida en mano derecha, lesión de tendón flexor dedo 4, dolor crónico pero no hay absolutamente ningún signo inflamatorio ni de síndrome doloroso regional complejo. Diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: dolor crónico. Tipo de discapacidad: ninguna (folio 358 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).
- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 21 de septiembre de 2016. Examen físico: Mano derecha no edema, no cambios tróficos, cicatriz cirugía en cara anterior de la mano, no moviliza dedos, mano, hombro, argumentando dolor pero no hay signos inflamatorios, no permite movilización palpación de mano pero tolera tener la férula. Alodinia en palma de mano. Concepto: herida de mano derecha, lesión de tendón flexor dedo 4 dolor crónico, pero no hay absolutamente ningún signo inflamatorio, dolor crónico no funcionalidad de miembro superior derecho. Diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico

relacionado: neuralgia y neuritis. Tipo de discapacidad: de la destreza grado severa (folio 362 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica de la Clínica de Fracturas de Medellín del 26 de julio de 2019. Examen físico: Mano derecha no edema, no eritema, no cambios tróficos, cicatriz de cirugía en cara anterior de la mano, hace flexión de codo 150° exte 180°, pronación 90°, supinación 90°, muñeca flexión 50°. Exte 10°. No moviliza los dedos. Palpación superficial no dolor, manifiesta dolor al intentar hacer movilización pasiva de muñeca. Sujeta papel con la mano derecha. Concepto: herida de mano derecha lesión de tendón flexor dedo 4 dolor crónico, pero no hay signos inflamatorios, dolor crónico, **no funcionalidad de miembro superior derecho**. Parestesias. Electromiografía descarta lesión de nervio, neuropatía periférica, síntomas secundarios a secuelas de accidente pero no hay lesión activa síndrome doloroso regional complejo gammagrafía no evidencia mano derecha, presenta hipercaptación en múltiples articulaciones lo cual indica artrosis degenerativa pero no relacionada con accidente laboral. Por fisiatría no hay más tratamiento que ofrecer, solo continuar con analgésico paliativo. Diagnóstico principal: traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, diagnostico relacionado: causalgia. Tipo de discapacidad: de la destreza grado leve (folio 362 del archivo N°1 del expediente digital de primera instancia).

Vista la historia clínica del demandante, aprecia la Sala que, de un lado, la Clínica de Fracturas de Medellín desde el año 2012, menciona diferentes diagnósticos padecidos por el actor, entre ellos, esguince y torcedura de dedo de la mano, contusión de otras partes de la muñeca y de la mano, traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel, algoneurodistrofia, dolor crónico, neuralgia, neuritis y causalgia, también se aprecia que dicha historia clínica no es coherente, en el sentido que a lo largo de los años, refirió que el demandante en algunas ocasiones no tenía discapacidad, pero por el contrario en otras oportunidades si dejó consignado que el actor tenía discapacidad de la locomoción o de la destreza y que la misma podía ser unas veces leve, otras moderada y otras veces severa. Por ejemplo, existe incongruencia en cita médica del 08 de marzo de 2012 y en otra del 16 de marzo del mismo año, en la primera de ellas refiere que el demandante tiene discapacidad de la destreza de grado severo y a los ocho días siguientes, afirma que el actor no cuenta con ninguna discapacidad, situación que se repite a lo largo de los años.

Por otro lado, se encuentra la historia clínica del Instituto Colombiano del Dolor, quien refiere que el demandante padece Síndrome Doloroso Regional Complejo tipo 2, desde julio de 2012.

Si bien la Clínica de Fracturas de Medellín descartó el diagnóstico de Síndrome Doloroso Regional Complejo en las atención médica del demandante del 06 de noviembre de 2014, lo cierto es que la última historia clínica que reposa en el plenario y que fue decretada de oficio por el juez de instancia y que data del 26 de julio de 2019, allí se consigna que no hay lesión activa de síndrome doloroso regional complejo, pero, en la parte final habla de dos diagnósticos padecidos por el actor, el primer de ellos denominado traumatismo del tendón y musculo flexor de otro dedo a nivel y como diagnostico relacionado causalgia.

Frente a la causalgia, explicó el perito particular en audiencia, que la misma hacía referencia al Síndrome Doloroso Regional Complejo, por lo que no tenía lógica que dicha historia clínica en primer lugar dijera que el demandante no padecía dicha enfermedad, pero en las conclusiones terminara indicando que sí la tenía.

No obstante todo lo anterior, lo que observa la Sala es que a lo largo de la historia clínica del señor JOSÉ HERNANDO, tanto de la Clínica de Fracturas Medellín, como del Instituto Colombiano del Dolor, refieren que el demandante **no tiene funcionalidad de miembro superior derecho** y que se trata de una enfermedad crónica sin posibilidad de recuperación y si bien puede observarse que presenta unos arcos de movilidad conservados y puede hacer algunos movimientos, lo cierto es que la funcionalidad como tal la tiene afectada, por lo que en ese sentido, coincide la Sala con lo relatado por el perito particular Dr. JAIME LEÓN LONDOÑO PIMIENTA, quien en su declaración afirma que a pesar de los tratamientos y terapias recibidas por el demandante, persiste su limitación. Además de lo anterior, de la historia clínica deviene que el dolor padecido por el actor, no solo se limita a la mano, sino que el mismo se irradia a todo el brazo, pues se trata de un dolor crónico que lo ha llevado a perder la funcionalidad del mismo, lo que traduce que en términos médicos como causalgia o síndrome doloroso regional complejo, tal y como lo afirmó el perito particular y como puede visualizarse en la última historia clínica allegada al plenario.

Dicho lo anterior, no le queda duda a la Sala que a raíz del accidente de trabajo padecido por el señor ORJUELA FUQUENE padece una enfermedad que le ha producido dolor crónico y que además le ha impedido realizar la función normal de su

brazo, padeciendo artrosis degenerativa según la última historia clínica que data del año 2019, razón por la cual, al dar aplicación a la tabla 11.5 del Decreto 917 de 1999 que habla de la “DEFICIENCIA GLOBAL POR ALTERACIONES DE LA MÉDULA ESPINAL” y dado que en este caso el actor no tiene ninguna funcionalidad en su extremidad superior derecha dominante y los múltiples padecimientos que ello le ha ocasionado, es que se permite la Sala ajustar el porcentaje de PCL en el factor DEFICIENCIA al 30%.

Ahora, no desconoce la Sala lo afirmado en la apelación de la ARL COLMENA S.A., en el sentido que el dolor que se consigna sufre el actor, se registra con base en su relato sobre tal dolor, y que bien puede suceder que con el paso del tiempo tal dolor haya desaparecido o no resulte lógico frente al actual estado de salud del demandante, pero como quiera que esta situación no puede ser verificada en este proceso, será la ARL demandada, la que pueda como se lo permite la Ley, valorar nuevamente al accionante, para verificar si la invalidez puede haber desaparecido, pero ello no puede ser obstáculo para reconocerse la pensión en el presente proceso hasta tanto haya una valoración posterior.

En conclusión, encuentra la Sala ajustado a derecho la consideración del juez de primera instancia de declarar la nulidad del dictamen practicado por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, para en su lugar, acoger el dictamen practicado por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE ANTIOQUIA, con apoyo en el dictamen y sustentación del mismo realizado por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, pero con la modificación en esta instancia, en el porcentaje de la DEFICIENCIA, acogiendo para ello la tabla 11.5 del Decreto 917 de 1999 y asignando el porcentaje máximo establecido para la pérdida de la funcionalidad de la extremidad dominante.

Así las cosas, sumando la DEFICIENCIA del 30%, con la DISCAPACIDAD del 7% y la MINUSVALÍA del 17.5%, el total de la Pérdida de Capacidad Laboral del accionante sería del **54.5%**, concluyendo que al demandante le asiste derecho a la pensión de invalidez de origen profesional, desde la fecha establecida por el a quo, esto es, 17 de enero de 2013, ya que frente a la fecha de estructuración no hay discusión alguna, debiendo en este sentido CONFIRMAR la decisión de primera instancia, pero por las razones antes expuestas.

Ahora, dice la apoderada de la ARL demandada en el recurso de alzada, que en caso de confirmar la sentencia, se confirme también la decisión del *a quo* de acceder

a la compensación y de absolver del reconocimiento y pago de intereses moratorios. No obstante, dado que estos aspectos no fueron motivo de apelación por la parte interesada, es decir, por el demandante, y siendo que la ARL fue la beneficiada de esas decisiones, no tienen por qué ser abordadas en apelación por el juez de segunda instancia.

Finalmente, solicita la ARL COLMENA en los alegatos, que en caso de acoger las pretensiones de la demanda, se apliquen los términos de prescripción, habida cuenta que solo hasta éste momento pudo establecerse que el demandante posee una merma de capacidad laboral igual o superior al 50%. No obstante, dicha solicitud no tiene vocación de prosperidad, ya que el análisis de los casos en segunda instancia debe versar única y exclusivamente sobre lo que es objeto del recurso de apelación atendiendo lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 712 de 2001, que alude al principio de la consonancia, en virtud del cual, la actividad de la segunda instancia se restringe a los puntos concretos de inconformidad y como en este caso a pesar que el a quo declaró no probada dicha excepción, la apoderada recurrente guardó silencio frente al tema, por lo que no puede ser abordado por el juez de segunda instancia.

Conforme las razones fácticas, probatorias y derecho antes explicadas, se CONFIRMARÁ la sentencia venida en apelación, pero por las razones expuestas.

Costas a favor del demandante y a cargo de la ARL COLMENA por haber sido vencida en el recurso de apelación. Las agencias en derecho, conforme al Nral. 3 del Artículo 366 del CGP, las estima el ponente en la suma de \$1.160.000.

7. DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMA la sentencia del 08 de abril de 2021 proferida por el JUZGADO CATORCE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, en el proceso ordinario laboral de primera instancia promovido por el señor **JOSÉ HERNANDO ORJUELA FUQUENE** contra la **ARL COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES**

S.A. y la **JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, según las consideraciones expuestas en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la ARL COLMENA y a favor del demandante. Las agencias en derecho en esta instancia se fijan en la suma de \$1'160.000.

La presente sentencia se notifica a las partes por EDICTO.

Vuelva el expediente al juzgado de origen.

No siendo otro el objeto de esta diligencia se declara culminada, y se firma la providencia por quienes intervinieron en la decisión, los magistrados,

Firmado Por:

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

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

John Jairo Acosta Perez
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: **226234f75d4d5b7b4f6b231285289106ea632bb065d93ffdcea3c0d8062d25e5**

Documento generado en 06/10/2023 02:55:27 PM

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