El siguiente es el documento presentado por la Magistrada Ponente que sirvió de base para proferir la providencia dentro del presente proceso. El contenido total y fiel de la decisión debe ser verificado en la Secretaría de la respectiva Sala.



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE PEREIRA

SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL

Magistrada Sustanciadora

**OLGA LUCÍA HOYOS SEPÚLVEDA**

**Providencia**: Sentencia de Segunda Instancia

**Radicación No**:66001-31-05-003-2013-00578-01

**Proceso**:Ordinario Laboral.

**Demandante**: María Adela Hincapié Ocampo

**Demandado:** Colpensiones y Junta Nacional de Calificación de Invalidez

**Tema: NULIDAD DEL DICTAMEN DE LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ – PENSIÓN DE INVALIDEZ –ERRORES GRAVES -** De conformidad a lo señalado, el primer error que cometió la Sala 2 fue la de tramitar el recurso de apelación a pesar de no acreditar los motivos de inconformidad, tal como exige el artículo 34 del Decreto 2463 de 2001 (vigente para la fecha de los hechos), norma que al respecto señala:

Articulo 34.- Recurso de Apelación,- (…) El recurso de apelación podrá interponerse sin que se requieran formalidades especiales, señalando los motivos de inconformidad y acreditando las pruebas que se pretendan hacer valer.

En efecto, el ISS nada aportó a su recurso, ni explicó cuáles eran las razones médicas, científicas o técnicas que soportaran su discrepancia; (…)

(…)

Pero aun pasando por alto la falta de acreditación o al menos una fundamentación médica razonable en la apelación que presentó el ISS ante la Junta Regional, el segundo error que cometió la Sala 2 fue la de NO considerar todos los conceptos psiquiátricos que se le habían dado a la señora MARIA ADELA durante el año previo a la calificación, como ordena el MUC.

(…)

La ligereza de la Sala 2 al cimentar su dictamen en una sola nota médica y desconocer el resto de su evolución con ocasión de la hospitalización de la demandante en un centro psiquiátrico, precisamente por el TAB, máxime que el 25 de septiembre presentó un episodio severo, este es el tercer error que se detecta de su calificación.

El cuarto error del dictamen de la Sala 2, cuya ineficacia se pretende, radica en el desconocimiento del resto de las notas médicas, no sólo anteriores al 19-02-2009, sino posteriores al mismo, en relación con el TAB, las cuales sí se relacionan en el dictamen practicado en este proceso por la Sala 3 (folio 355 y 359), donde se plasma la historia clínica durante un lapso de 22 años, desde el 6 de abril de 1989 hasta el 10 de agosto de 2011

(…)

Un quinto error radica que en que la Sala 2, al realizar la valoración casi un año después de la efectuada por la Junta Regional, desconoció el concepto psicólogo en la que se basó esta última, concretamente en el año 2010, donde se evidenciaron dificultades en la memorial retrograda y anterógrada, en la abstracción y curso del lenguaje; y solo se limitó a lo encontrado en el 2011, donde se dice: está orientada globalmente, con síntomas depresivos, pensamiento lógico y sin alteraciones del lenguaje; dejando de lado lo consignado en cuanto al lenguaje bradilalia , bradipsiquia y logorrea que presentó la actora, situaciones que hacen referencia al lenguaje, una de las alteraciones que menciona el MUC para dar lugar al TAB clase III y TAB ciclaje rápido y que es recurrente según notas médicas (fls. 89, 110).

El sexto error que se detecta está en la fecha de estructuración, pues inexplicablemente la Sala 2 la cambió de 14-09-2009 al 19-02-2009, tema sobre el cual se abordará más adelante, al emprender la valoración del dictamen realizado en este asunto.

Estos dislates no fueron advertidos por la sala 3, quien rindió dictamen al interior de este proceso, a pesar de ser evidentes con la sola lectura y valoración integral; por el contrario, persistieron, no obstante presentar mayor carga argumentativa, como pasa a explicarse.

En Pereira, a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017), siendo las once de la mañana (11:00 a.m.), la Sala Cuarta de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, se declara en audiencia pública con el propósito de resolver el recurso de apelación respecto de la sentencia proferida el 15 de diciembre de 2015 por el Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Pereira, dentro del proceso que promueve la señora **María Adela Hincapié Ocampo** en contra de la **Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES** **y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez,** proceso radicado bajo el número 66001-31-05-003-2013-00578-01.

**REGISTRO DE ASISTENCIA:**

Demandante y su apoderado:

Entidades demandadas y su apoderado:

**TRASLADO A LAS PARTES**

En este estado se corre traslado a los asistentes para que presenten sus alegatos, de conformidad con lo previsto por el artículo 13 de la Ley 1149 de 2007.

**ANTECEDENTES**

**1. Síntesis de la demanda y su contestación**

La señora María Adela Hincapié Ocampopretende que se declare la ineficacia del dictamen emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez de fecha 30/09/2011 y en su lugar, se declare que tiene una pérdida de capacidad laboral de 50.28%, con fecha de estructuración el 14 de septiembre de 2009 y de origen común, como lo había determinado la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda en dictamen del 11/08/2010.

En consecuencia, con base en ello aspira se condene a Colpensiones a reconocer y pagar la pensión de invalidez desde el 14/09/2009, junto con el retroactivo, las mesadas adicionales, los intereses moratorios y las costas procesales.

Fundamenta sus aspiraciones en que desde los 21 años de edad padece trastorno afectivo bipolar (TAB), con deterioro cognitivo importante y limitación funcional, siendo diagnosticada por primera vez el 26/06/1994, a lo que se suman otras patologías como discopatía lumbar, fibromialgia, hipertiroidismo-hipotiroidismo, insuficiencia venosa, artrosis cervical, lumbalgia crónica, tromboflebitis.

Que producto de las incapacidades médicas el 06/07/2009, el ISS, a través del área de medicina laboral, ordenó que fuera evaluada la pérdida de capacidad laboral y por siquiatría se determinó que presentaba un episodio depresivo severo; cuadro clínico muy severo con inició desde los 21 años y múltiples hospitalizaciones; pronóstico cuadro permanente progresivo de pobre respuesta a manejo médico.

Por neurocirugía se dio concepto de discopatía, pero que no podía ser sometida a cirugía por su trastorno bipolar.

El ISS, el 09/04/2010, a través de la comisión laboral, la calificó con una pérdida de la capacidad laboral equivalente al 32.84%, al tener en cuenta como deficiencias el trastorno afectivo bipolar en clase I LEVE, discopatía lumbar y secuela fractura de codo.

Dictamen que recurrió la actora al calificar el trastorno mental como leve a pesar que el médico tratante lo había considerado severo y además, por haber omitido la valoración de las demás patologías.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda, al resolver el recurso el 11/08/2010 le dictaminó una PCL del 50.28%, con fecha de estructuración el 14/09/2009, de origen común, para lo cual tuvo en cuenta todas sus patologías (hipertiroidismo, insuficiencia venosa, movilidad de columna lumbar y enfermedad mental grave); dictamen que apeló el ISS.

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez, el 30/09/2011 al resolver el recurso le conceptuó un porcentaje de PCL de 31.8%, de origen común y fecha de estructuración del 19/02/2009, al considerar las enfermedades de trastorno afectivo bipolar, insuficiencia venosa y espondiloartrosis; del cuadro psiquiátrico señaló no cumplía con los criterios del CAPÍTULO XII TABLA 2.4.5 para la asignación del 30%, para lo cual se basó en la nota médica del 21/09/2009 donde se afirma que en 17 años solo se ha presentado 3 episodios mentales.

Agregó la actora, que durante toda su vida laboral ha cotizado un total de 238 semanas, de la cuales 50 lo fueron entre el 01/06/2008 y el 14/09/2009 por lo que tiene derecho al reconocimiento de la pensión de invalidez de origen común.

La **Administradora Colombiana de Pensiones –COLPENSIONES-,** se opuso a las pretensiones y como argumentos de defensa señaló no tener ninguna responsabilidad frente a las pretensiones de la demanda, por cuanto lo que se busca es establecer si existe algún vicio en el dictamen emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y solo hasta que se pruebe, esa entidad entraría a determinar la existencia del derecho pensional. Presentó como excepciones las que denominó “Inexistencia de la obligación demandada” y “Prescripción”.

La **Junta Nacional de Calificación de Invalidez,** también seopuso a las pretensiones de la demanda, al considerar que el dictamen emitido se encuentra ajustado a los criterios técnico legales del Manual Único de Calificación de Invalidez y sobre todo al real estado de salud de la actora al momento de la calificación.

Aclaró que la disminución del porcentaje de PCL se efectuó porque la Junta Regional calificó con el máximo puntaje el trastorno bipolar de la actora, sin que ello fuera procedente, toda vez, que la máxima puntuación es viable cuando se presentan 4 o más trastornos al año, es decir, cuando es de ciclaje rápido y conforme a lo que se encuentra documentado la señora Hincapié presentó la primera crisis clínica documentada en 1994; luego, en el 2008 episodio depresivo, en el 2009 episodio depresivo leve, y al momento de su valoración –septiembre de 2011- manifestó que durante ese año, ni el anterior había presentado crisis. Además, con la entrevista efectuada al paciente se descartó alteraciones en las funciones mentales de percepción, pensamiento, lenguaje, etc.

Propuso como excepciones las de “Legalidad de la calificación emitida por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez”, “Falta de Legitimación por pasiva: Inexistencia de pretensiones respecto de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez”, “La variación en la condición clínica del paciente con posterioridad al dictamen de la Junta Nacional exime de responsabilidad a la entidad”, “Improcedencia del petitum: Inexistencia de prueba idónea para controvertir el dictamen – carga de la prueba a cargo del contradictor”, “Buena fe de parte de la demandada” y “Excepción Genérica”.

**2 Síntesis de la sentencia**

El Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Pereira, declaró que no había error en el dictamen atacado, por el contrario era válido y eficaz; en consecuencia, negó las pretensiones de la demanda y condenó en costas procesales a la demandante.

Explicó que se habían agotado todos los trámites legales para la expedición del dictamen y que conforme con el practicado en el curso del proceso, por la Sala 3 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, podía verificarse que el emitido por la Sala 2 de esa misma entidad era válido, porque había analizado las enfermedades que padecía la demandante al momento de su valoración y que si bien se presentaba un episodio depresivo bipolar, tan solo le generaba alteraciones del humor, pero no las funciones mentales del pensamiento, motivación y el lenguaje, que no se encontraban comprometidas, de ahí, que se halla calificado como leve.

**3. Síntesis del recurso de apelación**

Contra la decisión de primer grado se alzó la apoderada judicial de la parte actora e indicó que a la fecha de la valoración por siquiatría, es decir, al 25 de septiembre de 2009 la demandante tenía un episodio actual depresivo severo, padecido desde los 21 años y con múltiples hospitalizaciones; que debía atenderse, igualmente, el concepto del neurocirujano, en el sentido de no poder intervenir quirúrgicamente a la demandante por el severo trastorno afectivo bipolar que padecía.

Precisa que la decisión adoptaba por la jueza de primera instancia, debe fundarse en el dictamen decretado en el curso del proceso y en los demás elementos probatorios, entre ellos, los dos conceptos antes citados, para formarse un convencimiento más acertado, pues el dictamen no está destinado a suplir la función del Juez en cuento a la valoración probatoria.

**CONSIDERACIONES**

1. **De los problemas jurídicos**

Atendiendo los argumentos de la apelación, la Sala formula los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Para determinar si existe la nulidad de un dictamen pericial por error grave, se puede acudir a la valoración de medios probatorios diferentes al dictamen pericial emitido dentro del proceso por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez?

2. ¿Incurrió en error grave la JNCI Sala 2, al emitir el dictamen de PCL, modificar el efectuado por la JRCI y calificar la PCL de la señora María Adela Hincapié Ocampo en menos del 50%, por reducir el valor asignado a la patología del TAB?

3. De ser afirmativa la respuesta anterior, es beneficiaria la señora Hincapié Ocampo de la pensión de invalidez?

**2. Solución a los interrogantes planteados**

**Cuestión previa**

Conforme los argumentos expuestos por la apoderada judicial de la demandante en el recurso de apelación, si bien la inconformidad se centra en la reducción del porcentaje asignado a la patología del Trastorno Afectivo Bipolar –TAB-, ignorando los conceptos médicos de psiquiatría y neurocirugía, dados en el mes de septiembre de 2009, de suyo no implica que se esté de acuerdo con la fecha de estructuración del estado invalidante, pues en todo caso pone en especial plano el concepto de neurología, que es el que toma en cuenta la JRCI para fijar la fecha de estructuración. Por eso, sobre todos esos aspectos se centrará el análisis por parte de esta Corporación.

**2.1 Del dictamen pericial emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en el curso de un Proceso Ordinario Laboral**

**2.1.1. Fundamento jurídico**

El artículo 52 de la Ley 962 de 2005, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, dispone el procedimiento y las entidades encargadas de efectuar la calificación del estado de invalidez; determinando qué entidades lo hacen en primera oportunidad y cuáles en virtud de los recursos que presenten los interesados, evento en el cual, el conocimiento es asumido por las Juntas de Calificación de Invalidez de orden regional o nacional; cuya competencia, conforme al Decreto 2463 de 2001, les permite valorar y conceptuar, con criterios técnicos y científicos, sobre el origen, grado y fecha de estructuración del estado de pérdida de la capacidad laboral de las personas que se encuentran vinculadas al Sistema de Seguridad Social Integral, entre otras.

Ahora bien, a la luz de lo dispuesto en los artículos 4º y 9º del Decreto 2463 de 2001, el concepto técnico que estas Juntas emitan calificando la pérdida de capacidad laboral de una persona, debe estar acorde con el Decreto Reglamentario 917 de 1999 que consagra el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, el cual debe estar motivado en las historias clínicas, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos, y cualquier otro tipo de material que permita establecer relaciones de causalidad, como lo son los certificados de cargos y labores, comisiones, realización de actividades, uso de determinadas herramientas o aparatos; y en razones de derecho, que no son más que las normas que se aplican al caso concreto; aspectos que deberán estar contenidos en el formato especial autorizado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Bien. Estos dictámenes pueden ser rebatidos en juicio, al tenor del artículo 40 del decreto 2463 de 2001. En ese entendido es posible acudir a cualquier medio probatorio para acreditar sus dislates, al tenor de los artículos 51 y 61 del CPL. Sin embargo, dado el carácter técnico que ostentan los dictámenes, preferiblemente el medio probatorio debe ser de igual talante, sin que por ello adquiera el carácter de prueba solemne, al tener la posibilidad el juez de formar libremente su convencimiento con apoyo en los distintos medios probatorios allegados oportunamente al proceso.

Sobre este tópico, la Sala de Casación Laboral[[1]](#footnote-1) ha expuesto en forma reiterada que los dictámenes emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez no constituyen una prueba solemne para corroborar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, el origen de la calificación o la fecha de estructuración de la misma, sino que le es dable al funcionario judicial valorar las historias clínicas y demás conceptos que reposen en el expediente.

**2.1.2. Fundamento fáctico**

De manera liminar, se dirá que cuando en esta audiencia se haga referencia a la Junta Regional, Sala 2 y Sala 3, ha de entenderse que se hace mención a la JRCI de Risaralda y Junta Nacional de Calificación de Invalidez Sala 2 y Sala 3; respectivamente.

Valoradas las pruebas obrantes en el proceso, especialmente el dictamen que se practicó en este trámite por la Sala 3, se encuentra que tanto este como el que es objeto de nulidad, emitido por la Sala 2, cometieron errores graves que afectan su validez, como pasa a explicarse.

Sea lo primero decir que la enfermedad que dio origen a este proceso es un TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR – en adelante TAB- que la demandante padece desde los 21 años, edad en la cual apareció el primer síntoma -1981, el que han padecido sus tíos y primos, como se dejó constando en la nota médica del 15/09/2009 (fl. 100).

Así mismo, que en las historias clínicas que reposan en el expediente, existe evidencia de la cantidad de veces que la demandante ha sido tratada por esta enfermedad, e incluso, en las consultas médicas que se le han realizado por otras padecimientos, se deja registrada la presencia del TAB. Tal situación se plasmó tanto en el dictamen pericial practicado al interior del proceso por la Sala 3 (fls. 352 a 359), como en el dictamen realizado por la médica especialista en salud ocupacional, que se allegara con la demanda (fls. 214 al 216).

En segundo término, que el Decreto 917 de 1999 (Manual Único de Calificación de Invalidez – en adelante MUC-) vigente para la fecha de la calificación, ubica al TAB como un trastorno mental regulado en el libro PRIMERO, CAPÍTULO XII, denominado TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

Para una mejor comprensión de la forma como se regula esta enfermedad en el MUC, vale la pena advertir que dicho capítulo divide los trastornos mentales y de comportamiento en dos grupos o ejes: EJE I relativo a los cuadros o síndromes clínicos, y en el EJE II los trastornos de la personalidad y retraso mental. El TAB está ubicado en el EJE I.

A su vez dice el MUC, que para la calificación del trastorno mental – que es donde se ubica el TAB- el calificador se basará en las características clínicas del respectivo trastorno; sin embargo, con el fin de precisar la gravedad del mismo, así como su pronóstico, el calificador requerirá información adicional sobre las diferentes áreas de actividad de la persona (familiar, social, laboral, académica, recreativa, etc.).

A reglón seguido dice el MUC que para calificar las patologías del EJE I es de especial importancia conocer el funcionamiento de la persona en las diferentes áreas de actividad, especialmente durante el año previo a la calificación (numeral 12, último inciso)

El MUC clasifica los trastornos del EJE I en 7 enfermedades, en los cuales están los denominados trastornos del humor (afectivos) y dentro de este sub grupo está la enfermedad que nos ocupa, el TAB. Por eso se hace necesario referirnos al MUC, en relación con los trastornos del Humor (afectivo), así:

*12.4.4 Trastornos del humor (afectivos) Están caracterizados por una alteración del humor que tiende a la depresión o a la euforia. Se diferencian en tales trastornos las formas mayores, que generalmente son episódicas y recurrentes (cíclicas) y las formas menores, usualmente persistentes (de varios años de evolución). Las formas episódicas comprenden dos clases de trastornos del humor: el trastorno bipolar y el trastorno depresivo recurrente. Las alteraciones persistentes del humor, por su parte, configuran dos clases de trastornos: el trastorno ciclotímico y la distimia. Se establecen dos grupos para la calificación de la deficiencia derivada de estos trastornos; un primer grupo constituido por trastornos mayores del humor asociados con alteraciones menores del mismo, y un segundo grupo constituido exclusivamente por trastornos menores del humor. La deficiencia resultante de los trastornos del primer grupo está dada por las características de su evolución y por el tiempo total de la misma.*

Hasta aquí podemos decir que siendo el TAB un trastorno mental, corresponde a los denominados trastornos del humor (afectivo) en forma mayor por presentar una forma episódica y recurrente, caracterizada por trastornos mayores del humor asociados con alteraciones menores del mismo.

Pues bien, para establecer el porcentaje de deficiencia el MUC fija la siguiente tabla, en donde determina la categoría, la descripción de criterios, el porcentaje de la deficiencia, así:

*TABLA No. 12.4.5 TRASTORNOS MAYORES DEL HUMOR (AFECTIVOS) ASOCIADOS O NO CON ALTERACIONES MENORES DEL HUMOR CATEGORÍAS DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS % DEFICIENCIA Clase I (leve) · El tiempo de duración de los episodios es mínimo de una a dos semanas, y en el período intercrítico hay remisión total, y la persona ha presentado hasta cuatro episodios, o el tiempo total de evolución del trastorno puede ser hasta 10 años, y Hallazgo actual: no hay síntomas importantes. Las funciones mentales están conservadas. 10%.*

*Clase II (moderada) · El tiempo de duración de los episodios es mínimo de una a dos semanas, o el estado dura 6 meses por lo menos, incluyendo el período intercrítico, y en el período intercrítico hay remisión total, o hay remisión parcial del trastorno mayor con presencia de alteraciones menores del humor, y la persona ha presentado más de cuatro episodios, o el tiempo total de evolución del trastorno es de más de 10 años , y Hallazgo actual: hay presencia de algunos síntomas mayores del afecto solamente, o hay moderada intensidad de los mismos. 20%.*

*Clase III(grave) · El trastorno dura un mínimo de dos años, incluyendo el período intercrítico, y· En el período intercrítico hay remisión parcial del episodio mayor con presencia de alteraciones menores del humor, y Hallazgo actual: hay presencia de alteraciones del humor, de mayor o menor intensidad. Se encuentran problemas a nivel de funciones mentales o algunas alteraciones de la percepción, el pensamiento, la motivación o el lenguaje. TRASTORNO BIPOLAR CON CICLAJE RÁPIDO: El trastorno tiene una duración de un año o más, y la persona ha presentado cuatro o más episodios, y· Hallazgo actual: hay síntomas mayores del humor (maníacos o depresivos) de gran severidad, que interfieren con las funciones mentales o alteran la percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje. 30%. En la siguiente tabla se califican los trastornos menores del humor (persistentes) como la distimia o la ciclotimia, los cuales se definen por la no existencia de alteraciones mayores del humor, y sólo se califican los casos cuyo tiempo de duración sea más de dos años.*

Ahora, de cara a lo regulado por el MUC con respecto al TAB y con el propósito de analizar si existen errores en el dictamen objeto de nulidad, como en el practicado dentro de este proceso, se hace necesario poner en contexto al asunto, así:

La demandante fue valorada inicialmente por el **ISS,** el **9 de abril de 2010** (folio 24), quien le determinó una **PCL del 32,84%** y **fecha de estructuración el 21 de septiembre de 2009**.

Donde se describió como deficiencia “TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO” con 10%, “OSTEOMUSCULAR” con 3,5% Y “OSTEOMUSCULAR” CON 15.5%; en el que se tomó como referente la nota médica del 21-09-2009 (sic) en la que se afirma se dice EPISODIO DEPRESIVO LEVE, deterioro cognitivo, pronóstico cuadro permanente progresivo de pobre respuesta. Adicional, al concepto de neurocirugía del 01-10-09 y examen paraclínico del 9-11-09 que da cuenta de espasmos musculares severos, insuficiencia venosa, entre otros.

La actora apeló dicha decisión ante la **Junta Regional** y para el efecto explica en forma detallada la evolución de su enfermedad y las diferentes crisis que ha padecido; argumentos que fueron atendidos por ella en concepto del **11-08-2010**; donde se dictaminó una PCL del **50,28%, con fecha de estructuración el 14-09-2009. –fl. 26-.**

Allí se describen como deficiencias:TAB con el 30%, INSUFICIENCIA VENOSA con 4,9% y MOVILIDAD COLUMNA LUMBAR con 3% -fl. 26-

Para ello se tuvo en consideración el historial clínico, explicitando algunas notas y concepto de psicología efectuado el 4 de agosto de 2010 –fl. 28-, en el que concluyó: “*Trastorno afectivo bipolar”, “GRAVE”, “El trastorno tiene una duración de un año o más, y la persona ha presentado cuatro o más episodios. Hallazgo Actual: hay síntomas mayores del humor (maniacos o depresivos) de gran severidad, que interfiere con las funciones mentales o alteran la percepción, el pensamiento, la motivación y o el lenguaje (TABLA 12.4.5)”*. Concepto psicológico que se da con fundamento en notas de psiquiatría y medicina general, y cita la del 21-09-2009 (sic) y entrevista semi estructurada, donde se le observó orientada -espacio temporal-, sigue instrucciones y coordinada visomotora; pero con dificultades: memoria retrograda, memoria anterógrada y dificultades de abstracción y curso del lenguaje. No existen indicadores de trastornos de personalidad.

Inconforme con ese dictamen, el fondo de pensiones interpuso el recurso de reposición y en subsidio el de apelación. La Junta Regional decidió no reponer su decisión básicamente porque el recurrente **no aportó los elementos técnicos y/o científicos que permitan modificar el dictamen.** En subsidio concedió la apelación.

**La Sala 2,** el **30-09-2011,** revocó la decisión de su homóloga regional y en su lugar dispuso que la demandante tenía el **31.80%** de PCL y **fecha de estructuración** **19/02/2009 –fl. 34-.**

Como deficiencias se anotaron: TAB con 10.00%, HIPERTIROIDISMO: con 0%, INSUFICIENCIA VENOSA con 4,90% y MOVILIDAD COLUMNA LUMBAR con 3.00%

Para ello tuvo en cuenta el resumen de la historia clínica hasta el año 2011, según las citas que de ella se hizo y exámenes o pruebas paraclínicas, como valoraciones médica y psicológica. En esta última se deja constando que la actora está en periodo inter crítico, pero se siente con zozobra y desánimo; y que a pesar del tratamiento presenta crisis. En la entrevista está orientada globalmente, con síntomas depresivos, pensamiento lógico y sin alteraciones del lenguaje –fl. 36 vto.-.

De lo que colige que no cumple con los criterios de la tabla 12.4.5, por cuanto en 17 años, según la anotación del 19/02/2009, ha presentado 3 episodios mentales. Y en cuanto a la fecha de estructuración la modifica al 19/02/2009, día en que se hace un compendio de la enfermedad hasta ese momento.

De conformidad a lo señalado, **el primer error que cometió la Sala 2 fue la de tramitar el recurso de apelación a pesar de no acreditar los motivos de inconformidad, tal como exige el artículo 34 del Decreto 2463 de 2001** (vigente para la fecha de los hechos), norma que al respecto señala:

***Articulo 34.- Recurso de Apelación,-*** *(…) El recurso de apelación podrá interponerse sin que se requieran formalidades especiales,*  ***señalando los motivos de inconformidad y acreditando las pruebas que se pretendan hacer valer.***

En efecto, el ISS nada aportó a su recurso, ni explicó cuáles eran las razones médicas, científicas o técnicas que soportaran su discrepancia; simplemente se limitó a exponer los hechos de la siguiente manera:

*“Paciente presenta* ***concepto de Psiquiatría 21 de septiembre de 2009 Diagnostico Trastorno Afectivo Bipolar, cambios de personalidad episodio depresivo leve***  *lo cual no aplica el capítulo XII Tab. 2.4.5. clase III. Ya que técnicamente los periodos intercríticos y episodios no están demostrados en la evolución de la Historia clínica. Además la estructuración (Decreto (917/99 Art.3) es cuando se genera en el individuo una pérdida de capacidad laboral en forma permanente y definitiva”* (fl. 30).

Frente a este argumento basta decir, en primer lugar, que no existe en la historia clínica un concepto de psiquiatría fechado el 21-09-2009; el que reposa es del 25-09-2009 y si bien el concepto psicológico que valoró la Junta Regional lo citó con día incorrecto, ello fue por el error al que indujo el mismo ISS, pues con esta fecha lo dejó plasmado en su dictamen.

Y en segundo término, y el más delicado, es que el ISS le hace decir a la nota médica algo diferente a lo allí consignado; toda vez, que ninguno de sus partes habla de un episodio depresivo leve, sino severo (fl. 20) y si bien la caligrafía no es la mejor y la falta de curvatura de la letra “S” pudo llevar al error, no se compadece con lo mencionado en la nota médica, en el sentido de presentar deterioro cognitivo, múltiples hospitalizaciones, además de los 20 años de evolución, que sería suficiente para cuestionar el entendimiento dado a la palabra, máxime que tiene 6 y no cuatro letras.

Lo mencionado permitiría afirmar que no existió sustentación sería para formular el recurso; por lo que darle trámite significó que no hay necesidad de sustentarse, pues efectuar cualquier manifestación, aunque alejada de la realidad permitiría efectuar una nueva valoración.

Pero aun pasando por alto la falta de acreditación o al menos una fundamentación médica razonable en la apelación que presentó el ISS ante la Junta Regional, **el segundo error** que cometió la Sala 2 fue la de NO considerar todos los conceptos psiquiátricos que se le habían dado a la señora MARIA ADELA durante el año previo a la calificación, como ordena el MUC.

En consecuencia, si la paciente fue calificada por primera vez para establecer su pérdida de capacidad laboral el 9-04-2010 por el propio ISS, se debió tener en cuenta el concepto psiquiátrico del 25-09-2009 y no haberse ignorado por el ente calificador, máxime cuando el siquiatra Gustavo Trujillo Pulido, en esa fecha (25-09-2009), dio un diagnóstico tan contundente, como el siguiente:

“***Diagnóstico: Trastorno Afectivo Bipolar, cambios perdurables de la personalidad, Episodio Depresivo Severo.***

***Cuadro clínico muy severo*** *con inicio temprano (21 años), múltiples hospitalizaciones.*

*3 embarazos durante crisis. Hermanos, tíos, sobrinos con trastorno afectivo.*

***Pobre respuesta a moduladores afectivos***

***Deterioro cognoscitivo (atención, memoria, juicio e inteligencia)*** *muy disminuidos y pobres asociados con la evolución y mayores a las esperadas para sexo, edad, educación.*

*-****No se requiere otros exámenes.***

***-No hay tratamiento pendiente.***

***Pronóstico: cuadro permanente progresivo de pobre respuesta a manejo médico”*** (Folio 20).

Por el contrario, la Sala 2 se remitió a la nota médica de 19-02-2009 –fl. 86- en la que se hace una pequeña reseña de la evolución médica del TAB, pero en parte alguna de la misma se expresa que “*en un lapso de cerca de 17 años la paciente sólo ha presentado tres episodios mentales”,* como reza el acápite de la calificación denominado “ANALISIS Y CONCLUSIÓN” que le permite colegir que la paciente no tiene un cuadro psiquiátrico que cumple con los criterios de la Tabla 12.4.5 para la asignación al TAB del 30% y por eso, en cambio, le asignó 10,00% (folio 37), lo que influyó en el porcentaje total asignado a la deficiencia, para el primer caso 31,58% y el segundo 13,10%, que es el determinante para que la PCL supere o no el 50%, pues en los demás conceptos: discapacidad y minusvalía coinciden la Junta Regional y la sala 2.

En realidad, la nota médica del 19-02-2009, sustento de la conclusión dada por la Sala 2 mencionada, reza lo siguiente (folio 86):

“PTE HA ESTADO ESTABLE, DE FÁCIL MANEJO, ACATANDO LAS NORMAS Y LAS SUGERENCIAS.

RECIBIO VISITA – HA DEAMBULANDO POR EL SENDERO ECOLÓGICO. DUERME BIEN.

* EN 1994 PRESENTÓ UN EPISODIO MANÍACO
* EN EL 2008 PRESENTÓ UN EPISODIO DEPRESIVO
* EN EL 2009 PRESENTÓ UN EPISODIO DEPRE. MODERADO”

Sin embargo, dejó de decir la Sala 2 que esta nota pertenece a los registros diarios que se dejaron en la Clínica San Miguel Arcángel de la ciudad de Cartago – *clínica psiquiátrica,* a donde fue internada la paciente d**el 16-02-2009 al 23-02-2009 por presentar un cuadro depresivo de 15 días de evolución** (folio 82 y 83)y que se apunta, entre otras cosas, que tiene gran disfunción familiar, problemas con los hijos, especialmente con el mayor –fl. 85-. De manera que cuando se consignó la nota del 19-02-2009, días antes (4) había sido medicada con ácido valproico, fluoxetina, trazodona y lorazepam –fls. 84, 84 vto-, lo que explica que se encontrara estable; no obstante, el 21-02-2009, en esa evolución médica, se advirtió *“Vigilancia por riesgo de suicidio”* (folio 87).

La ligereza de la Sala 2 al cimentar su dictamen en una sola nota médica y desconocer el resto de su evolución con ocasión de la hospitalización de la demandante en un centro psiquiátrico, precisamente por el TAB, máxime que el 25 de septiembre presentó un episodio severo, este es el **tercer error** que se detecta de su calificación.

El **cuarto error** del dictamen de la Sala 2, cuya ineficacia se pretende, radica en el desconocimiento del resto de las notas médicas, no sólo anteriores al 19-02-2009, sino posteriores al mismo, en relación con el TAB, las cuales sí se relacionan en el dictamen practicado en este proceso por la Sala 3 (folio 355 y 359), donde se plasma la historia clínica durante un lapso de 22 años, desde el 6 de abril de 1989 hasta el 10 de agosto de 2011, así:

**-Primera crisis en la década de los 80**; según dan cuenta las notas médicas del 6-04-1989 (fl. 38), 18-08-1994 –fl. 34- 26-06-1994 –fl. 40-, –primera crisis hace 11 años, a los 22 años de edad, donde estuvo **internada en este centro 15 días**.

-6-04-1989 (28 años de edad): dice la nota de **urgencias** ha tenido tratamiento médico siquiátrico, al parecer en la actualidad no recibe fármacos, con hospitalizaciones previas (f. 38).

-**26-06-1994** (33 años de edad): nota de **urgencias**, se dice que paciente conocida por los que trabajan en salud. Presenta entre otros, labilidad emocional marcada, con muchos problemas intrafamiliares. Refiere que a los 22 años estuvo hospitalizada 15 días por problemas psicóticos (fl. 40). Se detalla que la paciente cursa un **tipo maniaco**. Al examen mental presenta labilidad (alteración en el estado emocional), juicio alterado, senso percepción normal, leve, taquilalica (forma atropellada de hablar) (fl. 40 vto.).

-**9-08-1994:** Se deja constando, que en junio de 1994 se le había diagnosticado **TAB en fase manía y euforia**. Hoy, **día de la consulta, fase depresiva** (fl. 41).

-18-08-1994: **control. Última crisis hace 6 meses, duró 20 días**. (fl. 39 vto. y 41).

-20-08-1996: consulta por cefalea y se deja constando como patología y diagnóstico maniaco depresiva y como plan: psiquiatría (fls 45 al 46 vto.).

-**23-10-1997[[2]](#footnote-2):** control, refiere **última crisis hace 3 meses** por suspender medicamentos, cedió sin requerir hospitalización. Actualmente asintomática. (fl. 49).

-**1999:** se presentaron diferentes consultas, inició el 18 de mayo **por irritabilidad** por estrés familiar, sin signos de alarma o reactivación maniaca; consultó en los meses siguientes, en julio cedió cuadro irritabilidad, en **septiembre presentó cuadro de depresión reactivo a la separación** y en noviembre con estabilidad a pesar de perder trabajo (fl. 50).

**-2000:** asiste a controles, libre de síntomas, se reporta demora entrega medicamentos (fl. 51).

- **Hospitalización por celulitis del 2-05-2008 al 5-05-2008. 47 años de edad:** presentó crisis de ansiedad(fls. 56 al 59).

**- Hospitalización del 13-11-08 al 22-11-08 (10 días) (fls. 67 al 79)**: se consignó en la historia clínica que hace 7 días no concilia el sueño, la familia refiere estar preocupada porque no duerme, llora mucho, muy encerrada, hace cosas raras; además que en la familia hay muchas personas con TAB. Que hace 7 años no consulta con especialista, ideas suicidas, de desesperanza, juicio activo débil (fl. 68); **episodio depresión grave**, sin sicosis (fl. 78), se dijo juicio parcialmente alterado, habla del mismo tema, tendencia a la logorrea, irritabilidad el 19-11-08 (fl. 75 vlto).

- **Hospitalización del 16-02-2009 al 23-02-2009 (8 días), dos meses y medio después de la última hospitalización.** Aunque es poco legible la historia clínica se alcanza a leer “refiere cuadro de 15 días de evolución de dificultades actuales con el hijo mayor que le ha generado llanto diario, mi hijo Daniel me echó de mi propia casa. La acompañante aduce está muy mal llora todo el día. Gran disfunción familiar, problemas con los hijos, el mayor con grandes…, el menor se fue de la casa, vive de lo que envía el hijo del medio que trabaja en Venezuela. AP TAB I; da cuenta de ideas suicidas. Episodio depresivo (fl. 83 y 85 vlto).

En la nota del 19-02-2009 se dice que en 1994 presentó episodio maniaco, en 2008 depresivo y 2009 **episodio depresivo moderado** (fl. 86 y 89); en nota del 21-02-2009 se dice vigilancia por riesgo de suicidio.

-**El 6-07-2009. Psiquiatría “paciente con trastorno afectivo bipolar, actualmente asintomático.** Se dice en consulta externa que tiene lenguaje bradilalia (anomalía afecta el ritmo y fluidez del habla o alargamiento de fonemas), **juicio desviado; TAB episodio depresivo presente leve o moderado.** Suspende amitriptilina para el dolor por riesgo de shunt y se recomienda no tomar antidepresivos, menos tricíclicos, por riesgo de caer en manía (fl. 89). El mismo día por medicina laboral se le dio incapacidad 30 días y se dejó constando que el estado actual del paciente regular, pronóstico pobre (fl. 17).

- 14-07-2009: reporte de RX columna lumbosacra (8-07-2009) “Cuadro de un mes de dolor diario, incapacitante, limita funciones cotidianas, en región lumbar bilateral. Trastorno del sueño. Escala subjetiva del dolor 8-10. Valorada por psiquiatría suspende amitritilina por riesgo de shunt, no antidepresivos por riesgo de manía (fl. 90).

-14-09-2009 Paciente con dolor lumbar un mes de evolución… TAB de difícil control… Paciente no candidata para cirugías por su trastorno bipolar (fl. 99 vlto).

-**El 25-09-2009** nota de evolución médica, dice TAB, cambios perdurables de personalidad, **episodio depresivo severo,** cuadro clínico muy severo, con inicio temprano 21 años, múltiples hospitalizaciones, deterioro cognitivo (atención, memoria, juicio e inteligencia ) muy disminuidos y pobres asociados con la evolución y mayores a lo esperado para sexo, edad, educación; pronóstico de pobre respuesta (fls. 20 y 100).

Sin que tampoco se explique, como ya se dio, por qué solo hizo mención en su dictamen a las notas del año 2010, luego de efectuado el dictamen de la Junta Regional, que refieren a las demás patologías que padece la actora y no al TAB, a pesar de constar en la historia clínica y que dan cuenta de más de 4 episodios en el último año, si ha de tenerse en cuenta la fecha de efectuado su dictamen; concretamente las siguientes:

-13-07-2010. Consulta externa, por “fumadera, una bailadera”. Se diagnosticó TAB mixto con exaltación, inestabilidad, deambulación, desesperanza, minusvalía. También se dejó anotado allí manía, exaltación, euforia, alterada con depresión. Medicada con clozapina 25 mg (fl. 104).

-13-08-2010. Consulta externa. Se dice que presenta euforia, exaltada, inestable, deambuladora, impulsiva, maniaca. Diagnóstico TAB episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos (fl. 179). Crisis de la que se dejó nota en cita del 23-08-2010, donde se mencionó que la última crisis fue hace un mes y medio, hasta hace 15 días (fl. 109).

-06-09-2010. Consulta externa por mareos y calores. Diagnóstico TAB episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos. Se anota también inestabilidad, minusvalía, deambulación, exaltación, euforia, fuga de ideas, logorrea (empleo excesivo y desordenado de palabras al hablar, causado por un determinado estado de excitación) (fl. 110).

-30-09-2010. Consulta externa porque va “de para atrás de para atrás”. Diagnóstico TAB episodio mixto presente, en fase depresiva (astenia, adinamia, minusvalía, aislamiento) (fl. 177).

-20-12-2010. Consulta externa porque “he estado así como ansioso un desespero”. Diagnóstico TAB episodio mixto presente (fl. 180).

-29-03-2011. Consulta externa por “desespero horrible. Diagnóstico TAB episodio mixto presente. Inestable, ansiosa, minusvalía, desesperanza. (fl. 183).

-1-08-2011. “una lloraderita más aburridora”. TAB MIXTO. Episodio depresivo moderado actual. Actualmente fibromialgia. Limitación funcional. Síndrome doloroso crónico pobre respuesta a manejo farmacológico. Edema de MS. Tirotoxicosis”. (Dictamen Junta Regional a folio 358)

En esos 22 años se hicieron alrededor de 30 referencias a su enfermedad mental – TAB-, evolución, crisis, medicamentos que se le formularon para controlarla (especialmente ácido valproico), y en general a los estados maniacos (eufóricos) o depresivos, a veces diagnosticada con un TAB leve, otras veces moderado, grave y SEVERO, este último especialmente desde el 2009 en adelante.

Ahora, al contestar la demanda (fls. 266 a275), la JNCI agrega que el error de la Junta Regional radica en que asignó el máximo puntaje posible al TAB sin cumplir los criterios para ello, al corresponder el 30% al trastorno con ciclaje rápido, que exige 4 o más episodios en un año y la señora Hincapié presentó la primera crisis clínica documentada en 1994; luego, en el 2008 episodio depresivo y en el 2009 episodio depresivo leve, sin crisis en los años 2010 y 2011. Además, se requiere se presenten alteraciones en las funciones mentales de percepción, pensamiento, lenguaje, etc., lo que se descartó en el dictamen, al entrevistar a la paciente.

Por lo que con estos datos afirma que el TAB es I, esto es, LEVE, ya que a pesar de la presencia de síntomas y periodos inter-críticos, no hay signos de deterioro en funciones mentales al TAB. Además, porque al valorarla en septiembre de 2011, todo ese año no presentó crisis y dada la prolongación de los periodos inter-críticos con remisión, al estar controlada con los medicamentos.

Conclusiones que no corresponden a lo que emerge de la historia clínica; en primer lugar, porque en el año 2009 se presentaron varias crisis, una leve, la del 6-07-2009; en febrero otra que dio lugar a hospitalizarla por 9 días, de lo que se infiere que no pudo ser leve, y luego en septiembre 25 se dijo que presentó un episodio severo.

En segundo término, en el año 2010 se dieron varias consultas externas que dieron cuenta de 6 episodios mixtos, algunos en fase maniaca y otros depresivos. Y por último, en el año 2011 hay evidencia de episodios de TAB, en las consultas externas del 29-03-2011 y en mayo de 2011, episodio mixto presente (fl. 183, 188 y 145).

De otro lado, en las notas médicas hay suficiente referencia a los graves problemas familiares que ha tenido la demandante: por la pésima relación con sus hijos, la separación de su compañero permanente, de lo que se infiere la falta de acompañamiento familiar para superar las crisis, lo que hace más difícil su recuperación; problemas sociales: por el alcoholismo, falta de entrega regular de los medicamento de control por parte de la EPS, por sus ideas de suicidio y desesperanza; las hospitalizaciones por causa de esta enfermedad; problemas laborales al enfrentar el despido de su sitio de trabajo y problemas económicos, requiriendo la ayuda de una amiga con quien vive.

Circunstancias que debió la Sala 2 tener en cuenta como ordena el MUC, **con el fin de precisar la gravedad del trastorno mental, así como su pronóstico, ya que el calificador necesita información adicional sobre las diferentes áreas de actividad de la persona (familiar, social, académica, laboral, recreativo** etc.).

En ninguna parte del dictamen se hizo una valoración integral de la paciente, ni siquiera de sus diagnósticos médicos, especialmente los consignados desde el año 2008 en adelante, que es donde mayores crisis presentó la demandante.

En suma, la Sala 2 omitió tener en cuenta todas las notas médicas referidas, como las circunstancias personales, familiares, laborales de la accionante, pues basta remitirse al contenido del dictamen para observar que son muy escuetos los argumentos que expuso, para fundamentar la decisión de bajarle al grado de invalidez con relación al TAB, los cuales se reducen: *i)* a hacer una transcripción incompleta de la historia clínica, sin que le merezca análisis alguno *ii)* a citar las normas que regula la enfermedad, y, *iii)* a hacer una somera y superficial valoración médica y psicológica.

**Un quinto error** radica que en que la Sala 2, al realizar la valoración casi un año después de la efectuada por la Junta Regional, desconoció el concepto psicólogo en la que se basó esta última, concretamente en el año 2010, donde se evidenciaron dificultades en la memorial retrograda y anterógrada, en la abstracción y curso del lenguaje; y solo se limitó a lo encontrado en el 2011, donde se dice: está orientada globalmente, con síntomas depresivos, pensamiento lógico y sin alteraciones del lenguaje; dejando de lado lo consignado en cuanto al lenguaje bradilalia[[3]](#footnote-3), bradipsiquia[[4]](#footnote-4) y logorrea que presentó la actora, situaciones que hacen referencia al lenguaje, una de las alteraciones que menciona el MUC para dar lugar al TAB clase III y TAB ciclaje rápido y que es recurrente según notas médicas (fls. 89, 110).

El **sexto error** que se detecta está en la fecha de estructuración, pues inexplicablemente la Sala 2 la cambió de 14-09-2009 al 19-02-2009, tema sobre el cual se abordará más adelante, al emprender la valoración del dictamen realizado en este asunto.

Estos dislates no fueron advertidos por la sala 3, quien rindió dictamen al interior de este proceso, a pesar de ser evidentes con la sola lectura y valoración integral; por el contrario, persistieron, no obstante presentar mayor carga argumentativa, como pasa a explicarse.

**Análisis del dictamen practicado dentro del proceso:**

Para determinar si el TAB de la demandante es grave, empieza por descargar cada uno de los requisitos que fija la TABLA 12.4.5. del MUC para calificarlo como tal – *grave- así:*

*1. El trastorno dura un mínimo de dos años, incluyendo el periodo intercrítico* requisito que según el dictamen se cumple en este caso, toda vez que el TAB de la demandante lleva una evolución superior a 20 años.

2.*En el periodo intercrítico hay remisión parcial del episodio mayor presencia de alteraciones menores de humor,* exigencia que según el dictamen no cumple la demandante, supuestamente porque de acuerdo a la historia clínica, el primer episodio apareció a los 22 años requiriendo hospitalización, pero permaneció libre de síntomas hasta 1994 cuando se presentó una segunda crisis que fue tratada ambulatoriamente; posteriormente, recibió medicamentos en forma irregular hasta el año 2008 cuando se dio una tercera crisis que requirió hospitalización.

Agrega, que en febrero de 2009 tuvo una nueva crisis (sería la cuarta en los términos de la sala 3) que también necesitó hospitalización, pero en julio de ese año se encontraba asintomática.

En septiembre de 2009 mostró *“una cuarta crisis”* (en realidad corresponde a la quinta) y se transcribe lo que reza el concepto psiquiátrico realizado el 25-09- 2009, así:

“***trastorno efectivo bipolar, cambios perdurables de personalidad, episodio depresivo severo. Cuadro cíclico muy severo con inicio temprano (21 años), múltiples hospitalizaciones, se encierra durante crisis, hermanos, tíos, sobrinos con trastorno afectivo. Deterioro cognitivo (atención, memoria, juicio e inteligencia) muy disminuido y pobres asociados con la evolución y mayores a lo esperado para sexo, edad, educación. No se requiere de exámenes. No hay tratamiento pendiente. Pronóstico. Cuadro permanente progresivo de pobre respuesta a manejo médico”.***

Pese a la contundencia de ese concepto psiquiátrico, y que fue además la base del primer dictamen emitido por el ISS, la Sala 3 enfila todos los esfuerzos para desvirtuarlo con los siguientes argumentos:

*i)* que en ese registro se califica como grave el episodio depresivo sufrido en ese momento, pero no el TAB, porque en 21 años de evolución de la enfermedad, la paciente sólo registraba 4 crisis, lo cual en su concepto *“habla de un frecuencia muy baja de crisis de la enfermedad”.*

*ii)* Cuestiona que en ese registro médico se hable de múltiples hospitalizaciones, cuando en la historia clínica sólo se encuentran documentadas en 21 años tres de corta duración por crisis, de manera que no existe concordancia entre ese registro y lo que aparece en el historial clínico.

*iii)* No se encuentra correspondencia con lo dicho por el psiquiatra cuando califica a la paciente con un deterioro cognitivo en atención, memoria, juicio e inteligencia muy disminuido y pobre, dado que el 6 de julio de 2009, otro psiquiatra calificó a la paciente como asintomática y con episodio depresivo de leve a moderado.

Agrega, que entre esta consulta -06/07/2009 y la del 25/09/2009, se realizaron varias interconsultas en las que el paciente manifiesta sus síntomas en forma clara e incluso fue capaz de calificar el dolor que padecía en la columna, en ese momento, en la escala de 8 sobre 10, advirtiendo que su parte neurológica era normal.

*iv)* Que el mismo médico (se refiere al que conceptuó el 25 de septiembre) en la consulta del 1° de agosto de 2011 calificó el episodio depresivo como moderado y no grave, lo que indica que la paciente estaba mejorando.

Previo a realizar la crítica a este dictamen, debe advertirse que en él se parte del análisis de los criterios señalados en la primera parte del TAB CLASE III grave y no desde el TAB con CICLAJE RÁPIDO; de lo que se colige que no comparte la Sala 3 la tesis expuesta por el codemandado JNCI, cuando afirmó que el 30% solo es posible asignarlo cuando el TAB corresponde a un CICLAJE RÁPIDO; y este fue precisamente el dictaminado por la Junta Regional, como se desprende de los conceptos plasmados en el dictamen en el ítem denominado “CRITERIOS”.

Entonces, para la Sala Laboral de este Tribunal el TAB CLASE III Grave, ordinario, para diferenciarlo del TAB CON CICLAJE RÁPIDO, tienen asignado igual porcentaje 30%, el que no puede entenderse solo lo es para este último, como lo alegó la JNCI en su contestación, pues de ser así, la norma no tendría sentido de fijarse unos criterios para el grave sin asignarle porcentaje. También debe advertirse desde ya, que la Sala 2 al fijarle el porcentaje al TAB, lo clasificó como grave, así se lee allí y no leve como lo afirmó la Sala 3.

Hechas las aclaraciones necesarias, ha de decirse que sorprende que la médica ponente de la Sala 3 quiera hacer descansar la gravedad del TAB en el número de hospitalizaciones de la paciente, cuando lo que realmente determina la gravedad de la enfermedad es la duración de la CRISIS o EPISODIOS y su severidad, la remisión total o parcial en los períodos intercríticos, el tiempo de evolución de la enfermedad y el compromiso o no de las funciones mentales.

Por otra parte, debe quedar claro que las crisis, así sean severas, no en todos los casos requiere hospitalización, porque la ciencia médica cuenta con una buena oferta de medicamentos que ayudan a la estabilización del sistema límbico[[5]](#footnote-5). Prueba de ello es que la actora sufrió varios episodios depresivos severos sin que se haya autorizado la hospitalización, tal como ocurrió con el registro médico del 25 de septiembre de 2009. Tampoco el número de crisis durante la evolución de enfermedad determina la gravedad de la misma.

En efecto en la tabla 12.4.5 del MUC, se relacionan **dos tipos de TAB calificados como graves:** a) Un trastorno que dura mínimo dos años incluyendo el periodo intercrítico, presentándose en el período intercrítico una **remisión parcial** del episodio mayor con presencia de alteraciones menores del humor; en el *“ Hallazgo actual”* debe haber presencia de alteraciones del humor, de mayor o menor intensidad, presentándose problemas a nivel de funciones mentales o algunas alteraciones de la percepción, el pensamiento, la motivación o el lenguaje. b) El **trastorno bipolar con ciclaje rápido**, cuya duración es un año o más, pero la persona ha presentado cuatro o más episodios, y en el *“Hallazgo actual”* debe haber síntomas mayores del humor (maniacos o depresivos) de gran severidad, que interfieren con las funciones mentales o alteran la percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje.

Fíjese que sólo en la segunda subespecie del trastorno se exigen al menos 4 episodios o crisis en un año o más, lo que quiere decir, primero, que el MUC jamás identifica la presencia de un episodio grave con la necesidad de hospitalización, como parece insinuarlo la Sala 3, y, segundo, que los 4 episodios de que habla para el TAB CON CICLAJE RÁPIDO también lo exige para el TAB leve o clase I, con la diferencia de que en el ciclaje rápido, los 4 episodios maníacos o depresivos deben ser gran severidad, comprometiendo las funciones mentales, de percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje.

Ahora, a efectos de comprender cuál es la diferencia entre un TAB leve, moderado o grave, conviene precisar lo que se entiende por las expresiones *período intercrítico* y *remisión*  a que hace alusión la TABLA 12.4.5. Pues bien, desde el punto de vista médico el ***período intercrítico*,** se refiere al intervalo de tiempo comprendido entre dos crisis; en tanto que la ***remisión*** es el estado de ausencia de la actividad de una enfermedad en pacientes con una enfermedad crónica[[6]](#footnote-6).

Ahora, como el TAB es una enfermedad crónica, episódica, y recurrente, resulta apenas obvio que se hable de períodos intercríticos y de remisión parcial o total. En ese sentido, si bien la presencia de períodos intercríticos es común a las tres clases de TAB, tanto en el TAB leve como en el moderado, la remisión en el período intercrítico es TOTAL, aunque en el moderado puede también ser parcial, es decir, hay **ausencia total de la actividad de la enfermedad,**  en tanto el TAB grave, en el período intercrítico la remisión es siempre PARCIAL del episodio mayor con presencia de alteraciones menores del humor.

La otra gran diferencia es que en el TAB leve y moderado no hay compromisos de las funciones mentales, ni se altera la percepción, el pensamiento, la motivación y/o lenguaje. Si acaso en el TAB moderado se puede presentar algunos síntomas mayores solamente del afecto o hay moderada intensidad de los mismo, pero nunca se comprometen las funciones mentales, la percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje.

En conclusión, la diferencia entre las tres clases de TAB se da por el tiempo de duración de los episodios, la clase de remisión, el tiempo de evolución de la enfermedad, y la posibilidad de que en el *“Hallazgo actual”* se encuentre comprometidas las funciones mentales, la percepción, el pensamiento, la motivación, y/o el lenguaje.

En ese sentido, en los TAB leves o de CLASE I, como su mismo nombre lo indica, la levedad del trastorno se da o bien porque el tiempo de duración de los episodios es mínimo de una o dos semanas y en el período intercrítico hay remisión total, o bien porque la persona ha presentado hasta 4 episodios, o el tiempo de evolución del trastorno puede ser hasta de 10 años, y, en todo caso en el” *Hallazgo actual”*, no hay síntomas de importancia y las funciones mentales están conservadas.

Por su parte, se presenta un TAB moderado o de CLASE II, cuando el tiempo de duración de los episodios es mínimo, de una o dos semanas, el estado dura 6 meses por lo menos, incluyendo los períodos intercríticos; en este período hay remisión total, o hay remisión parcial de trastorno mayor con presencia de alteraciones menores del humor y la persona ha presentado más de 4 episodios, o bien porque el tiempo de evolución del trastorno es de más de 10 años, y, en todo caso en el *“Hallazgo actual”*, hay presencia de algunos síntomas mayores del afecto solamente, o hay moderada intensidad de los mismos.

En cambio en el TAB grave o clase III, indefectiblemente el trastorno dura mínimo dos años, incluyendo el período intercrítico, y en este hay remisión parcial del episodio mayor con presencia de alteraciones menores del humor; en tanto que en el *hallazgo actual* hay presencia de alteraciones del humor, de mayor o de menor intensidad y se encuentran problemas a nivel de funciones mentales o algunas alteraciones de la percepción, el pensamiento, la motivación o el lenguaje.

A su vez, en el TRASTORNO BIPOLAR CON CICLAJE RÁPIDO, que es otro de los TAB graves, el trastorno tiene una duración de un año o más, la persona ha presentado cuatro o más episodios, y en el  *Hallazgo actual* hay síntomas mayores del humor (maniacos o depresivos) de gran severidad, que interfieren con las funciones mentales o alteran la percepción, el pensamiento, la motivación y/o el lenguaje.

En el presente caso, la sola lectura de la descripción de cada una de las clases de TAB, al contrastarlas con la historia clínica de la demandante, descarta la presencia de un TAB LEVE, como la diagnosticó la Sala 3 y aparentemente la 2, dado el porcentaje que le asignó, pues dejó constando en el dictamen que era GRAVE.

Lo anterior se afirma por las siguientes razones: i) la enfermedad tiene una evolución de más de 20 años y no hasta de 10 años como exige el TAB LEVE; ii) en los períodos intercríticos la remisión no ha sido total sino parcial; iii) en toda la evolución de la enfermedad se han presentado más de 4 episodios (a la sazón se han dado 24 episodios entre graves, moderados y leves); iv) se ha encontrado síntomas depresivos o maniacos de importancia, ideas de suicidio, desesperanza, y más de una vez se han visto comprometidas las funciones mentales de MARÍA ADELA.

Tampoco se acomoda a un TAB MODERADO porque sí bien éste acepta una evolución de la enfermedad mayor a 10 años, en él solamente hay presencia de algunos síntomas mayores del afecto, en tanto que en la demandante, se itera, más de una vez ha habido compromisos de las funciones mentales, la percepción, la motivación y /o el lenguaje.

Incluso la historia clínica da cuenta de que la demandante ha sido diagnosticada con TAB MIXTO, que es el más peligroso de los trastornos porque, se da cuando un paciente presenta episodios maniacos y depresivos en períodos muy cortos de tiempo, correspondiendo por lo general al TAB CON CICLAJE RÁPIDO, modalidad propia del TAB grave.

En suma, no es cierto, como lo dice el dictamen de la sala 3, que no se presentaron crisis entre 1988 y 1994, de ser así, no se explicaría la nota de urgencia del 26-06-1994, donde se dijo que la paciente es conocida por los que trabajan en la salud; ello es indicio de que esta sí requirió algún tipo de asistencia médica en el pasado, que debió ser recurrente para generar recordación, máxime que se dejó dicho también que con anterioridad se le hospitalizó por 15 días, de lo que no hay reporte escrito, pero no por ello debe colegirse no existió (fl. 40).

Tampoco se ajusta a la verdad, que en 1994 presentó una sola crisis y luego estuvo estable hasta el año 2008, ya que en 1994 tuvo 2 crisis, una en junio en fase maniaca y la otra en agosto de 1994 en fase depresiva; luego en 1996 se consulta y se diagnostica fase maniaca depresiva con plan psiquiatría. Ya en 1997 otra crisis, que se dejó anotada en consulta del **23-10-1997 (fl. 49).**

En el año 2008 se dieron dos crisis, la primera cuando se le hospitalizó por celulitis, allí se reportó crisis de ansiedad y otra en noviembre.

Para el año 2009 se presentó otra hospitalización en febrero; en julio se diagnosticó TAB episodio depresivo presente leve o moderado, y en el análisis se dice asintomático; sin embargo, también se señala juicio desviado, lenguaje bradilalia, introspección y prospección parcial (fl. 89); por si fuera poco, en la misma fecha medicina laboral del ISS anota estado actual del paciente regular, pronóstico pobre, y se le dan 30 días de incapacidad (fl. 17). Ya el 25 de septiembre se da cuenta de un episodio severo.

Conforme lo expuesto, para la Sala no hay correspondencia entre la conclusión de la existencia de solo 4 crisis en 21 años de evolución y de ellas 3 hospitalizaciones de corta duración. Por el contrario, lo que se evidencia, es la recurrencia de episodios, algunos depresivos, otros maniacos, severos, graves y moderados, de lo que se infiere que solo ha habido remisión parcial y no total, por lo que se descarta el TAB de CLASE I LEVE, que fija como criterio remisión total. Así mismo, tampoco puede catalogarse como bajas la frecuencia de las crisis.

Ahora, el hecho de que en la valoración médica y psicológica que se hizo por la Sala 2 no aparezcan síntomas graves de la enfermedad en la paciente, no descarta toda su historia clínica, ni todos los episodios graves que ha sufrido, ni los compromisos de las funciones mentales que ha tenido, porque no puede perderse de vista que en esta enfermedad existen los períodos intercríticos en los cuales hay remisión parcial de los síntomas, generalmente porque el TAB se encuentra controlado por la medicación. En todo caso, resulta contrario al MUC calificar el TAB como leve por el sólo hallazgo actual a la fecha de la calificación, desconociendo toda la evolución de la enfermedad como lo pretende hacer la Sala 2, avalada por su homóloga Sala 3.

Se itera, en lo atinente al deterioro cognitivo, olvidó la sala 3 referirse al concepto psicológico realizado a la demandante al efectuarse el dictamen por la Junta Regional, donde se dice que al momento de la valoración se observa dificultades en memoria retrograda y anterógrada y dificultades en la abstracción y en el curso del lenguaje. Solo se ocupó de lo realizado por la Sala 2 y lo que se dejó dicho en las atenciones médicas del 6 de julio y 25 de septiembre de 2009; pero, omitiendo lo consignado, del lenguaje bradilalia[[7]](#footnote-7) y bradipsiquia[[8]](#footnote-8) que presentó la actora, situaciones que hacen referencia al lenguaje, una de las alteraciones que está mencionada en el TAB clase III y TAB ciclaje rápido; y que es recurrente en otras atenciones médicas (89,110).

En contraposición a este dictamen, la parte actora, al presentar la demanda, allegó uno realizado por la médica especialista en Salud Ocupacional, el 15-09-2015; el que fijó una PCL del 51,14%; fijándole a la deficiencia el 32,29%, con fecha de estructuración 14-09-2009; el que funda en el resumen de la historia clínica, pero también refirió a las notas del 2010 (julio (fl. 104), agosto (fl. 105) y septiembre 2010 (fl. 110), en los que presentó crisis en fase maniaca; 2011 y 2012 (enero, abril, mayo, junio y julio) donde tuvo episodios maniacos y depresivos, graves y moderados, con deterioro cognitivo importante, limitación funcional (fls. 133,139, 140,153, 154,155).

Este concepto concluye que el TAB tiene evolución de 30 años, con múltiples crisis documentadas en historia clínica, con pobre respuesta moduladora a tratamientos instaurados con síntomas mayores del humor, con alteraciones de las funciones mentales y de motivación de la paciente, de carácter progresivo. Por lo que cumple los criterios del MUC del TAB III grave.

Por lo tanto, indefectiblemente los criterios del TAB GRAVE se subsumen en las circunstancias que presenta la demandante, por lo que incurrió en error grave la Sala 2 al asignársele 10 % a esta enfermedad, ubicándola dentro de la clase I (leve) sin existir elementos médico-psiquiátricos para ello, que llevó consigo a una PCL del 31,80%. El mismo error cometió la Sala No.3.

**FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD:**

Ahora en relación con la fecha de la estructuración, la Sala 2 la cambio, sin que la Sala 3 dijera algo al respecto.

Como quiera que para la calificación de los trastornos mentales, el MUC establece, por un lado, que se debe  **analizar la historia clínica por lo menos durante el año inmediatamente anterior a la calificación**  de la incapacidad laboral – *que en este caso, recuérdese, fue el 9 de abril de 2010,* y, por otro, que para su  **cuantificación**  se tendrá en cuenta **solamente el trastorno que produce la diferencia mayor** (numeral 12.3.1.) y no la más leve, es evidente que el registro médico que describió el cuadro más grave fue la del 25 de septiembre de 2009. Luego entonces no se podía tomar como fecha de estructuración el 19 de febrero de 2009, como lo hizo la Sala 2, entre otras cosas, porque dicha fecha corresponde a una nota médica registrada mientras la demandante permaneció hospitalizada en el Hospital Psiquiátrico San Miguel Arcángel de Cartago (Valle del Cauca), a donde ingresó el 16 de febrero y ya para el 19 tenía en el cuerpo una buena dosis de medicamentos psiquiátricos, como se dejó anotado cuando se analizaron los errores en lo que incurrió la Sala 2.

Pero existe otra razón de peso para decir que  **la fecha de estructuración no puede ser en ningún caso el 19 de febrero de 2009,**  y es que el TAB no fue la única enfermedad que se tuvo en cuenta por la Sala 2 para determinar el porcentaje total de incapacidad laboral de la demandante, sino que calificó dos enfermedades más: INSUFICIENCIA VENOSA Y MOVILIDAD DE COLUMNA LUMBAR” a las que les asignó un porcentaje del 4.9% y 3%, respectivamente (folio 35).

Pues bien, la discopatía lumbar sólo vino a diagnosticarse como invalidante el 6 y 14 de julio de 2009 (folios 94 y 96) y finalmente el  **14 de septiembre de ese mismo año** (folio 99 vto.), fecha en la cual se dijo que la paciente a pesar de su cuadro clínico de dolor lumbar no podía ser candidata para una cirugía debido al TAB que padecía, el cual se estimó en esa misma nota médica como de “*difícil control”*. Fue por esa circunstancia, por el cual la Junta Regional tomó el  **14 de septiembre de 2009 como la fecha de estructuración de la incapacidad laboral.** Por lo tanto, mal hizo la Sala 2 al establecer una fecha de estructuración en la que todavía no aparecía una de las patologías que tuvo en cuenta para la calificación total de la incapacidad.

Corolario de lo anterior, no existe razón médica científica alguna que justifique el cambio de la fecha de estructuración para el 19 de febrero de 2009 y tal virtud, esta es otra razón más para nulitar el dictamen objeto del proceso y en su lugar como válida la calificación de la Junta Regional.

En este orden de ideas, se tiene que incurrió en error grave la Sala 2 de la JNCI al emitir el dictamen realizado el 30-09-2011, por lo que ha de declararse nulo, más que ineficaz.

Errores que son objetivos y emergen de la lectura de las historias clínicas, elemento probatorio que no puede desconocerse so pretexto de existir un dictamen practicado al interior de este proceso por la sala 3, que persiste en los mismos errores, máxime que también se allegó por la parte actora un dictamen realizado por la médica de salud ocupacional, la que valoró todas las notas médicas y arribó a una conclusión similar a la de la Junta Regional; medio probatorio, también técnico que puede valorarse, dado que no existe al respecto una prueba solemne y la ley le otorgó a las partes la posibilidad de aportar con la demanda dictámenes periciales, sobre el cual nada dijo la parte demandada para descalificarlo.

Así las cosas, recobra valor el dictamen de la Junta Regional de fecha 11-08-2010 que fija la PCL en 50,28%, de origen común, estructurada el 14-09-2009; que es el que deberá valorarse para determinar si la demandante cumplió con los requisitos para acceder a la pensión de invalidez, análisis que es el que se procede a efectuar esta Sala.

**2.1. De la pensión de invalidez**

Se encuentra probado que la fecha de la estructuración de la invalidez de origen común de la señora María Adela Hincapié Ocampo, fue determinada a partir del **14/09/2009**, según se extrae del dictamen proferido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda, visible a folio 25 y s.s. del cd. 1-.

**2.1.1. Fundamento jurídico**

Bien es sabido que la normativa aplicable en tratándose de pensiones de invalidez, es aquella que se encuentre vigente al momento de estructurarse el estado invalidante, de tal manera que en el presente asunto, es la Ley 100 de 1993, con la modificación de que fue objeto, a través de la Ley 860 de 2003, que en el artículo 39 exige que el afiliado sea declarado invalido y haya cotizado 50 semanas dentro de los 3 años anteriores a la estructuración del estado invalidante.

**1.1.2. Fundamento fáctico**

Conforme a lo anterior, revisada la historia laboral allegada por Colpensiones, visible a folio 217 y s.s. del cd. 1, encuentra la Sala que dentro del periodo comprendido entre el 14/09/2009 y la misma fecha de 2006, cuenta con 57,45 semanas cotizadas, por lo que es fácil colegir que cumple en su integridad con los requisitos exigidos para acceder a la pensión de invalidez bajo los postulados de la Ley 860/03.

El monto de la mesada pensional será el equivalente al salario mínimo legal mensual vigente, como quiera que sus cotizaciones las realizó sobre esa base salarial y con derecho a 14 mesadas anuales, como quiera que causó el derecho con anterioridad al 31/07/2011, conforme lo prevé el parágrafo 6º del Acto Legislativo 01/2005.

Respecto a la excepción de prescripción interpuesta por Colpensiones, habrá de decirse que no está llamada a prosperar como quiera que el primer dictamen de pérdida de capacidad laboral de la actora, proferido por la Comisión Médico Legal de la Vicepresidencia del ISS, con fecha 09/04/2010 –fl. 24 del cd. 1-, fue objeto de los recursos de ley, los que suspenden el término prescriptivo hasta que sean resueltos, lo cual aconteció el 30/09/2011 cuando la Junta Nacional de Calificación de Invalidez – Sala 2, resolvió el recurso de apelación que había sido interpuesto por Colpensiones, momento a partir del cual, la parte actora contaba con 3 años para acudir a la jurisdicción, esto es, hasta el 30/09/2014, lo que efectivamente hizo, como quiera que la demanda que dio origen a este proceso fue presentada el 13/09/2013, conforme consta en el acta individual de reparto, visible a folio 219 del cd. 1.

De acuerdo con lo anterior, como retroactivo pensional causado entre el 14/09/2009 y el 30/11/2017, se genera la suma de $69´296.031, conforme a la liquidación que hace parte del acta que se suscriba con motivo de esta diligencia.

Del monto anterior, se autoriza a Colpensiones a realizar los descuentos pertinentes por concepto de aportes al sistema de salud.

No se accederá a la condena por concepto de intereses moratorios previstos en el artículo 141 de la Ley 100/93, porque a la codemandada, Administradora Colombiana de Pensiones –Colpensiones-, no le fue elevada reclamación administrativa para obtener el reconocimiento de la pensión de invalidez, de tal manera que resulta obvio que no tenía la obligación de pronunciarse o resolver sobre la referida prestación.

**CONCLUSIÓN**

Conforme lo expuesto, la decisión de primera instancia será revocada, para en su lugar, declarar la nulidad del dictamen proferido el 30/09/2011 por la JNCI – Sala 2, por lo tanto, recobrará valor el dictamen de la JRCI de Risaralda de fecha 11-08-2010 que fija la PCL en 50,28%, de origen común, estructurada el 14-09-2009; consecuente con lo anterior, se condenará a la Administradora Colombiana de Pensiones a reconocer y pagar en favor de la demandante la pensión de invalidez de origen común, a partir del 14/09/2009, a razón de 14 mesadas anuales y en cuantía de 1 SMLMV.

Costas en ambas instancias a cargo de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y a favor de la parte actora. A cargo de Colpensiones no hay lugar a imponerlas, porque su obligación surge al recobrar validez el dictamen emitido por la JRCI de Risaralda.

**DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira - Risaralda, Sala Cuarta de Decisión Laboral,** administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR** que la Sala 2 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, incurrió en error grave al proferir el dictamen de fecha 30/09/2011, a través del cual resolvió el recurso de apelación interpuesto en contra del emitido el 11-08-2010 por la Junta Regional de Calificación de Risaralda.

**SEGUNDO:** **DECLARAR**, como consecuencia de lo anterior, la nulidad del dictamen proferido el 30/09/2011 por Junta Nacional de Calificación de Invalidez – Sala 2, por lo que recobra validez el emitido el 11/08/2010 por la Junta Regional de Calificación de Risaralda, que fijó la pérdida de capacidad laboral en un 50,28% de origen común y estructurada el 14/09/2009.

**TERCERO: CONDENAR,** como consecuencia de la anterior declaración, a la Administradora Colombiana de Pensiones –Colpensiones- a reconocer y pagar a favor de la señora María Adela Hincapié Ocampo, la pensión de invalidez de origen común, a partir del 14 de septiembre de 2009, con base en 14 mesadas anuales y en cuantía equivalente a 1 S.M.LM.V.

**CUARTO: ORDENARLE** a la Administradora Colombiana de Pensiones –Colpensiones- pagar a favor de la señora María Adela Hincapié Ocampo la suma de $69´296.031, por concepto de retroactivo pensional, causado entre el 14/09/2009 y el 30/11/2017, sin perjuicio de las mesadas que se causen a futuro.

**QUINTO: AUTORIZAR** la Administradora Colombiana de Pensiones –Colpensiones-, a descontar del retroactivo causado a favor de la señora María Adela Hincapié Ocampo, los aportes al sistema de salud.

**SEXTO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

**SÉPTIMO:** **DECLARAR** no probada la excepción de prescripción propuesta por Colpensiones.

**OCTAVO:** Costas en ambas instancias a cargo de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y a favor de la parte actora. A cargo de Colpensiones no hay lugar a imponerlas, por lo expuesto.

Notificación surtida en estrados. No siendo otro el objeto de la presente audiencia, se eleva y firma esta acta por las personas que han intervenido.

Quienes integran la Sala,

**OLGA LUCÍA HOYOS SEPÚLVEDA**

Magistrada Ponente

**JULIO CÉSAR SALAZAR MUÑOZ ANA LUCÍA CAICEDO CALDERÓN**

Magistrado Magistrada

*ANEXO 1*

*LIQUIDACIÓN RETROACTIVO*



*OLGA LUCÍA HOYOS SEPÚLVEDA*

*Magistrada*

1. Sentencias de 29 de junio de 2005 radicación Nº 24.392, 30 de agosto de 2005 radicación Nº 25.505 y más recientemente en la SL 5622 de 9 de abril de 2014 radicación Nº 52.072 con ponencia de la Magistrada Clara Cecilia Dueñas Quevedo [↑](#footnote-ref-1)
2. La Sala 3 dio lectura de manera equivocada a la HISTORIA CLÍNICA - CAA: CENTRAL, que reposa de folios 49 a 52. A propósito, la nota que hace del 23/10/1997, corresponde realmente a la cita de 18/05/1999. [↑](#footnote-ref-2)
3. Definición: Es una condición médica que consiste en una anomalía en la articulación y que afecta el ritmo y la fluidez del habla, misma que provoca que la emisión de la palabra sea lenta, inclusive con suspensiones temporales del habla (mutismo) o el alargamiento de fonemas y que es observable en algunas enfermedades nerviosas, patología de origen central, retraso mental,… [↑](#footnote-ref-3)
4. [www.salud180.com](http://www.salud180.com) “síntoma neurológico caracterizado por favorecer una gran dificultad o lentitud psíquica, mental o del pensamiento, es frecuente en enfermos depresivos. [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://neurofisiologia10.jimdo.com/sistema-nervioso/sistema-limbico/>: Es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestionan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. Está relacionado con la memoria, atención, instintos sexuales, emociones(por ejemplo placer, miedo, agresividad), personalidad y la conducta [↑](#footnote-ref-5)
6. Wikipedia, Google. [↑](#footnote-ref-6)
7. Definición: Es una condición médica que consiste en una anomalía en la articulación y que afecta el ritmo y la fluidez del habla, misma que provoca que la emisión de la palabra sea lenta, inclusive con suspensiones temporales del habla (mutismo) o el alargamiento de fonemas y que es observable en algunas enfermedades nerviosas, patología de origen central, retraso mental,… [↑](#footnote-ref-7)
8. [www.salud180.com](http://www.salud180.com) “síntoma neurológico caracterizado por favorecer una gran dificultad o lentitud psíquica, mental o del pensamiento, es frecuente en enfermos depresivos. [↑](#footnote-ref-8)