

TEMA: CULPA MÉDICA Y LEX ARTIS - Tratándose de responsabilidad médica, la culpa no puede ser producto de inferencias lógicas o ejercicios intelectivos, lo que se necesita es evidencia tangible y técnica frente a los yerros imputados a los demandados. / **PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD** - Más allá del alea del resultado esperado por el afectado con un procedimiento médico, para que se haya truncado la oportunidad la misma debe ser cierta, pues si no hay certidumbre razonable de la posibilidad de obtener ese resultado, no puede predicarse vínculo de causalidad entre la conducta cuestionada y el daño por el que se reclama. /

HECHOS: (WAGP, LMC, GC y JAGC) promovieron acción de responsabilidad civil contra la Sociedad Médica Antioqueña S.A., Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., y los ciudadanos (JCPC y AMC), pretendiendo, que se declare a los demandados civil y contractualmente (en subsidio extracontractualmente) responsables, por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a la víctima directa (GP), debido a falla médica por pérdida de oportunidad; que el núcleo familiar de (GP) está conformado por su esposa (LMC) y su hijo, (JAGC), mientras que (GC) es tercera afectada en su condición de hijastra de aquel; pidiéndose en favor de estos, daños extra patrimoniales; y en favor de (GP) lucro cesante consolidado, lucro cesante futuro, daño moral, de daño a la vida de relación y daño a la salud; asimismo, indexación e intereses legales sobre las sumas reconocidas. El a quo después de hacer síntesis de la acción y las fallas atribuidas a los accionados, hizo precisiones conceptuales sobre la responsabilidad civil médica y sus presupuestos axiológicos; de tal manera, desestimó las pretensiones de la demanda, prescindiendo de la condena en costas en virtud del amparo de pobreza que cobija a los demandantes. La Sala deberá establecer sí: ¿tratándose de un asunto de responsabilidad médica, se probó la culpa de la demandada y/o la pérdida de oportunidad?, interrogante que se abordará dentro del marco del análisis probatorio integral pertinente, según lo prevé el artículo 176 Procesal Civil.

TESIS: En materia de responsabilidad médica la jurisprudencia ha establecido, que para que el actor pueda obtener el efecto jurídico perseguido, ha de comprobar la culpa de quien presta el respectivo servicio, aunado al “daño irrogado y la relación de causalidad entre el proceder del médico y la afectación que ella experimentó.” (...) Una cosa es el acto médico propiamente dicho, y otra lo relacionado con los deberes institucionales de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (EPS e IPS, artículos 177 y 185 Ley 100 de 1993), pues existen asuntos en los que no se juzga el acto médico, sino, la seguridad. (...) En relación a la responsabilidad médica por pérdida de oportunidad, debe verificarse el vínculo de causalidad entre lo que se le imputa a los demandados y el chance aducido, éste último que debe ser cierto, serio y actual, de lo que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en reciente jurisprudencia ha indicado: “Especial importancia merece el estudio de la relación de causalidad en estos eventos, toda vez que la misma no se analiza de cara al resultado final constitutivo del daño, sino a la pérdida de la oportunidad de evitarlo. En esas condiciones, la verificación del nexo causal supone acreditar que, con ocasión de la acción u omisión culposa del agente, la víctima vio frustrada o truncada definitivamente una posibilidad, lo que se traduce en un daño cierto y actual, independiente del resultado final.” (...) No existe controversia en que a las 20:11 horas del 19 de abril de 2016, el señor (GP) acudió al servicio de urgencias de la Clínica Soma, debido a que en “accidente laboral, le cae concreto en el ojo ahora con irritación y sensación de cuerpo extraño”, siendo clasificado a las 20:13 en “triage”, ello por el médico general (PC). De ahí mismo se desprende que el paciente fue atendido por el mismo médico tres (3) minutos después que le realizaran el “triage”, profesional que ordenó lavado del ojo derecho por diez (10) minutos con 250 ml de solución salina. También es claro que a las 20:55 el paciente fue dado de alta con orden de valoración prioritaria por oftalmología. (...) gran parte de los reproches frente a tal profesional, estriban en que no se ciñó a lo dictado al protocolo para el manejo

de quemaduras en ojos del que trata el numeral 11.2.4. del anexo técnico de la Resolución 4568 de 2.014. (...) La Resolución expedida por el Ministerio de Salud, según su artículo 1° tiene como objeto adoptar el "Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos" contenido en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo", lo cual se acompaña con lo dispuesto en el numeral 4º del mencionado anexo técnico, el cual establece: "El Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos contiene las acciones que los equipos de salud deben realizar para la atención a estas víctimas desde el primer contacto con los servicios de urgencias, hasta la remisión a otro nivel de atención o al seguimiento ambulatorio, de acuerdo con cada caso". (...) El médico que trató al demandante, no se tenía que ceñir estrictamente al protocolo en cuestión, pues si bien el mismo dicta unas pautas de atención cuando acaece una quemadura en los ojos, este aplica plenamente cuando existe una víctima de ataque con agentes químicos, agresión que proviene de terceros, lo cual difiere ampliamente del accidente padecido por aquel actor, el cual es de origen laboral. (...) Así, es del caso analizar la prueba técnica arrojada a fin de atribuir culpa o negligencia en la atención de urgencias que se le dispensó al paciente, lo que se soporta en el dictamen de merma de la capacidad laboral allegado por activa elaborado por el médico especialista en salud ocupacional (NAMB), quien en la experticia, dijo: "sufrió quemadura de ojo derecho, con cemento, en accidente de trabajo, lesión severa con pobre pronóstico visual, que empeoró con un tratamiento inoportuno e inadecuado, puesto que no le sacaron a tiempo los restos de cemento y no la intervinieron quirúrgicamente de manera inmediata. (...) Una segunda experticia, ésta decretada de oficio y elaborada por la médica (SEC) especialista en oftalmología y experta en uveítis y retina; la experta en la materia concluyó: "Las atenciones prestadas en la Clínica Soma fueron atenciones oportunas (según el tiempo de llegada) y dentro de lo estipulado en las líneas de manejo de quemaduras químicas. La remisión inicial a consulta prioritaria de oftalmología se realizó correctamente. En el reingreso a urgencias de la Clínica Soma se realizaron esfuerzos extras que no son obligatorios dentro del manejo para que el paciente lograra una atención por oftalmología dado que la ARL otorgó una atención 6 días posterior al evento inicial." (...) La Sala no le dará mérito persuasivo a las conclusiones a las que arribó el perito (NAMB), pues su especialidad es la salud ocupacional, disciplina distante de la científicidad de una propiamente clínica como la oftalmología. (...) Sobre la pérdida de oportunidad; la experta (SEC) reiteró que las quemaduras por álcali son más agresivas que las de ácido, pues causan mayor daño en la superficie ocular, siendo de suma importancia que la persona afectada haga un lavado de mínimo media hora en el lugar del accidente, actitud que puede ser diferencial en el desenlace. (...) Arguyen los actores que de las pruebas documentales y de las otras experticias arrojadas, puede extraerse que existe un 50% de posibilidad que los ojos afectados con lesión por álcali severa, presenten algún grado de mejoría si se dispensa un tratamiento oportuno; no obstante, como se vio, la existencia de ese chance depende de las particularidades del caso, desconociéndose en las presentes las condiciones puntuales en las que se encontraba el paciente al momento en que el médico tratante le ordenó la consulta prioritaria por oftalmología. (...) Era carga de la parte demandante acreditar que se tenía la posibilidad de evitar el daño padecido y por el que se demanda, si se hubiera contado con la atención inmediata de especialista en oftalmología, pudiendo ser tal carga únicamente satisfecha a través de una prueba técnica donde se tuvieran en cuenta circunstancias como la cantidad de cemento a la que se expuso el globo ocular, qué tan eficiente fue el lavado que se hizo el paciente al momento de suceder el accidente, y la gravedad de las lesiones ocasionadas desde el primer contacto con el álcali hasta la atención en urgencias. (...) Al ser incierta la oportunidad que tenía el paciente de evitar el desenlace finalmente acaecido, así hubiera recibido atención oportuna por especialista en oftalmología, no es posible establecer un vínculo de causalidad entre la conducta imputada a la aseguradora, y el daño cuya indemnización se deprecia. Ello en términos de la pérdida de oportunidad.

MP: JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

FECHA: 19/02/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA

SALVAMENTO DE VOTO: SERGIO RAUL CARDOSO GONZÁLEZ



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN
SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL**

Medellín, diecinueve (19) de febrero de dos mil veintiséis (2.026).
Magistrado Ponente: **JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS.**

Proceso:	Declarativo.
Radicado:	05001 31 03 017 2020 00233 01.
Demandantes:	WILMAR AUGUSTO GONZÁLEZ PALACIO y otros.
Demandados:	SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. (CLÍNICA SOMA) y otros.
Providencia:	Sentencia.
Tema:	<ol style="list-style-type: none">1. Tratándose de responsabilidad médica, la culpa no puede ser producto de inferencias lógicas o ejercicios intelectivos, lo que se necesita es evidencia tangible y técnica frente a los yerros imputados a los demandados.2. Más allá del alea del resultado esperado por el afectado con un procedimiento médico, para que se haya truncado la oportunidad la misma debe ser cierta, pues si no hay certidumbre razonable de la posibilidad de obtener ese resultado, no puede predicarse vínculo de causalidad entre la conducta cuestionada y el daño por el que se reclama.
Decisión:	Confirma.

ASUNTO A TRATAR

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesta por la parte demandante, contra la sentencia calendada el veintisiete (27) de febrero de dos mil veinticinco (2.025), proferida por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Oralidad de Medellín.

ANTECEDENTES

DE LA DEMANDA:

WILMAR AUGUSTO GONZÁLEZ PALACIO, LILIANA MARÍA CHAVARRÍA, GERALDIN CHAVARRÍA y JORMAN ALEXIS GONZÁLEZ CHAVARRÍA, promovieron acción de responsabilidad civil contra la SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.¹, y los ciudadanos JUAN CARLOS PEÑUELA CHÁVEZ, ÁNGELA MARÍA CASTILLO², pretendiendo:

1. Se declare a los demandados civil y contractualmente (en subsidio extracontractualmente) responsables, por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados a la víctima directa GONZÁLEZ PALACIO, debido a falla médica por pérdida de oportunidad.
2. Se declare que el núcleo familiar de GONZÁLEZ PALACIO está conformado por su esposa LILIANA MARÍA CHAVARRÍA y su hijo, JORMAN ALEXIS GONZÁLEZ CHAVARRÍA, mientras que GERALDIN CHAVARRÍA es tercera afectada en su condición de hijastra de aquel.
3. Se declare a los demandados civil y contractualmente -o en subsidio extracontractualmente-, responsables por los perjuicios extrapatrimoniales ocasionados a LILIANA MARÍA CHAVARRÍA, GERALDIN CHAVARRÍA y JORMAN ALEXIS GONZÁLEZ CHAVARRÍA, pidiéndose en favor de estos el equivalente a cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes para cada uno como daños extra-patrimoniales.

¹ Si bien en principio la demanda se admitió contra MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., mediante auto del 20 de junio de 2.023 se saneó el proceso aclarándose que la acción iba dirigida contra MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. (ver archivo 084 - C01Principal - 01PrimerInstancia).

² En la vista pública del 7 de noviembre de 2.024 se desistió de la demanda frente a esta codemandada, lo cual fue aceptado en la misma diligencia.

4. Se condene a los demandados al pago de los siguientes rubros en favor de GONZÁLEZ PALACIO:

- 4.1. \$24'848.325,42 de lucro cesante consolidado;
- 4.2. \$89'928.185,15 por lucro cesante futuro;
- 4.3. 100 S.M.L.M.V. de daño moral;
- 4.4. 100 S.M.L.M.V. de daño a la vida de relación; y,
- 4.5. 100 S.M.L.M.V. por daño a la salud.

5. Se condene a los demandados en costas, y a pagar la indexación e intereses legales sobre las costas y las sumas reconocidas por concepto de perjuicios patrimoniales.

La *causa petendi* consistió en que el día 19 de abril de 2.016, GONZÁLEZ PALACIO tuvo un accidente laboral, donde a pesar de contar con gafas de protección le cayó concreto en el ojo derecho, cuando bombeaba una concretadora, habiendo sido conducido a urgencias de la CLÍNICA SOMA, donde fue atendido por el médico general PEÑUELA CHÁVEZ, quien le diagnosticó "*cuerpo extraño del ojo parte externa en sitio no especificado (T159)*" clasificándolo en el "*triage 3*", lo cual significa que no es de emergencia.

Que en la historia clínica de GONZÁLEZ PALACIO se dejó constancia que "*no se encuentra cuerpo extraño en ojo. No se observa úlcera corneal*", por lo que el mencionado profesional de la salud le realizó un "*lavado ocular*", y le remitió por orden de consulta ambulatoria prioritaria por oftalmología, asignándole incapacidad por cinco (5) días; procedimiento que fue inadecuado pues el médico dio de alta al paciente, sin verificar si le habían extraído el concreto del ojo, y lo que debió era remitir de manera urgente e inmediata a oftalmología, pues la cita con dicho especialista solo se consiguió para el 25 de abril de 2.016.

Que el 22 de abril de 2.016 consultó de nuevo por urgencias de la CLÍNICA SOMA, donde fue ingresado por el médico general OSCAR MENDOZA en “*triage 2*” (emergencia), siendo atendido por el profesional de la salud ANDRÉS FELIPE LOPERA, quien refirió que “*re consultó por secreción purulenta, disminución de la agudeza visual (AV), dolor ocular 8/10 y restos de concreto en el ojo*”.

Que el médico OSCAR MENDOZA en los datos clínicos del paciente dejó la anotación “*Secreción de material purulento se evidencia en el párpado inferior material de concreto solidificado no sale al intentar retirarlo con aplicador*”, diagnosticándolo con “*quemadura por álcali de OD*”, por lo que procede a realizarle “*lavado ocular con 5000 ml de solución salina balanceada más oclusión*” y le remite de manera urgente a oftalmología.

Que lo anterior deja en evidencia que al paciente GONZÁLEZ PALACIO no se le realizó un manejo adecuado, pues la remisión urgente a oftalmología se hizo de manera tardía, constituyendo culpa tal falta de continuidad en la atención.

Dada la remisión urgente a oftalmología, el mismo 22 de abril de 2.016, el paciente fue atendido en la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SAN DIEGO por la doctora ÁNGELA MARÍA CASTILLO MACHETE, quien lo diagnosticó “*Quemadura química por álcali grado 3 en OD*”, encontrando agudeza visual muy disminuida de 20/400, ordenándole para “*Biomicroscopia*”, es decir, un examen con lámpara de hendidura.

Que la mencionada oftalmóloga reportó “*defecto epitelial del 100% con edema corneal y restos abundantes de concreto en el fondo del saco*”, resaltando en la historia clínica falla médica, pues “*Se explica al paciente gravedad del cuadro clínico, gran falla en consulta tardía 4 días después para inicio manejo oftalmológico*”, aunque tal especialista no

describió extensión de “*isquemia limbar*”, lo cual es esencial para definir y determinar el manejo y pronóstico que debe seguirse.

Que la médica en mención emitió concepto de “*Quemadura por álcali severa OD de mal pronóstico visual. Inicia tratamiento con: lente de contacto terapéutico, sophipren cada hora, optive fusión 1 gota cada 30 minutos y luego (fórmula cada 2 horas), oftamox cada 6 horas, vitamina C, 1 gramo cada 12 horas, atropina cada 12 horas, dexametasona 8 mg IM cada 12 horas por 3 días*”, con lo que reconoció la falla médica por pérdida de la oportunidad, la cual según ella obedece a dos factores específicos: (i) la remisión tardía a oftalmóloga; y, (ii) el hecho de dejarle al paciente en el ojo restos abundantes de concreto por cuatro días.

Que la doctora CASTILLO MACHETE realizó un inadecuado diagnóstico y procedimiento, porque dada la severidad de la patología del paciente, este requería manejo quirúrgico -por oftalmología-, y remisión a la subespecialidad “*corneología*”, debido al carácter urgente.

Que el 27 de abril de 2.016 remitieron al paciente a corneología, para un segundo concepto, lo cual fue extemporáneo pues se hizo ocho (8) días después del accidente, para el 11 de mayo de 2.016 ser evaluado por la oftalmóloga CASTILLO MACHETE, quien emitió el concepto “*Quemadura grado 3 OD de 3 semanas de evolución, con isquemia de 6 horas de limbo, defecto epitelial 100%. Recubrimiento con membrana amniótica OD + injerto limbo de ojo contralateral*”, echándose de menos enviar el procedimiento o tratamiento adecuado, pues un injerto de limbo de ojo contralateral no procede tratándose de quemadura ocular “*grado 3*”, misma que tiene indicación quirúrgica urgente.

Que la aludida oftalmóloga debió ordenarle al paciente “*implante de membrana amniótica, esteroides tópicos, antibióticos de amplio espectro, lubricantes libres de preservantes, y algunos medicamentos*

orales como vitamina C y doxiciclina”, los cuales tienen efectos “*anticolagenasas*” y contribuyen a la “*reepitelización corneal*”.

Que en cita de control del 12 de mayo de 2.016, le indicaron al paciente que tenía agudeza visual de 20/200 e isquemia de injertos de limbo entre 3 y 7 del reloj, lo cual es erróneo toda vez que no podía ver debido a que tenía una membrana puesta sobre la córnea.

Que el 14 de mayo de 2.016 fue atendido por nueva oftalmóloga (doctora NATALIA AGUDELO), quien el mismo día le realizó la cirugía denominada “*Recolocación de membrana amniótica (MA) + peritomía 360 grados + injerto limbo autólogo*”, siendo tal procedimiento considerado para las etapas más tardías de la enfermedad; y ya el día 16 siguiente, la misma doctora le extrajo completamente los cuerpos extraños que el paciente tenía en el ojo, incluyendo un residuo de concreto generador de la quemadura, para seguidamente remitirlo a su oftalmóloga tratante.

Así, que médicos y oftalmólogos tratantes no fueron diligentes, pues la extracción completa del concreto se hizo un mes después del accidente, debiendo ser tales cuerpos extraños retirados desde el mismo momento en que el paciente acudió a urgencias, que finalmente ocasionó una quemadura tan profunda que a pesar de todas las cirugías y procedimientos realizados le impidieron recuperar la vista.

Que el 21 de mayo de 2.016 el paciente fue evaluado por la doctora CASTILLO MACHETE, quien refirió que estaba pendiente el inicio de “*suero autólogo*”, ordenando de nuevo valoración urgente por corneología, y ya el día 27 de ese mes tal experta adicionó “*plasma enriquecido*” en plaquetas cada seis horas y solicitó cita para el 4 de junio siguiente.

Que en la cita del 9 de junio de 2.016 la corneóloga ANA ISABEL RIVERA encontró *“AV OD cuenta dedos a 1 metro BIO: Conjuntivalización en 360 grados, con injerto limbar a las 8 del reloj vascularizado, úlcera corneal del 90%”*, por lo que conceptuó *“Suspende Cortioftal y ciclosporina “hasta que no reepitelialice o se conjuntivalice la córnea”, continuar terramicina, doxiciclina, vitamina C y lagricel. Se sugiere procedimiento quirúrgico de membrana amniótica (MA) + tarsorrafia”*, remitiendo nuevamente al paciente con la doctora CASTILLO MACHETE para nueva evaluación, quien el mismo día diagnosticó *“BIO defecto epitelial del 85%”* conceptuando *“Paciente con mejoría parcial de defecto epitelial, cita de control en 8 días para determinar necesidad de nuevo injerto de córnea”*.

Que las oftalmólogas tratantes varias veces solicitaron consulta por la subespecialidad de córnea, la cual solo suministró la clínica un mes después, en la que emitieron un concepto temporal, pero no le hicieron seguimiento al paciente y lo remitieron nuevamente a oftalmología.

Que el 16 de junio de 2.016 en oftalmología le diagnosticaron al paciente *“BIO Úlcera corneal del 70%. PLAN: Se ordenó lente de contacto terapéutico “para ayudar a reepitelializar más rápido”*, adicionándose oftamox y suspendiéndose atropina, aunque so se prescribió un tratamiento adecuado, pues a los dos meses ya tenía un defecto epitelial corneal persistente, el cual debe tener un manejo quirúrgico.

Que en cita de control del 25 de julio de 2.016, la doctora NATALIA AGUDELO emitió concepto *“Vascularización corneal en 360 grados, no defecto epitelial. Remite nuevamente a corneología para valorar posibilidad de queratoprostesis. Sin prednisolona y ciclosporina, resto igual incluyendo vitamina C y doxiciclina”*, remitiendo nuevamente al paciente a corneología el 3 de agosto siguiente.

Que los días 9, 12 y 14 de septiembre de 2.016 el corneólogo JULIÁN CORREA reportó “*Eco 09/09, catarata y leucoma*”, emitiéndose el 16 del mismo mes y año orden de “*queratoprostesis = qpp + extracción de catarata + implante de lio OD, injerto de limbo autólogo con mitomicina de OI a OD y tejido córnea*”, o sea, pese a las múltiples cirugías y tratamientos, GONZÁLEZ PALACIO perdió definitivamente la visión de su ojo derecho, y presenta dolores molestos y fuertes.

Que debido a los procedimientos quirúrgicos del ojo derecho afectado, le extrajeron tejido de su globo ocular bueno, por lo que éste le empezó a doler, comenzó a irritarse, presentar calambres y visión borrosa, sin que tales secuelas hayan sido tratadas por la ARL.

Que las fallas médicas descritas le ocasionaron al paciente pérdida de la capacidad laboral del 38,3%, y profundo dolor y tristeza tanto a él como a su grupo familiar conformado por su esposa, hijo e hijastra³.

DE LA CONTRADICCIÓN:

La SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. se pronunció sobre los hechos aduciendo que ciertamente GONZÁLEZ PALACIO fue atendido de manera inmediata por el médico general PEÑUELA CHÁVEZ, quien le realizó el procedimiento que debía efectuar en ese momento de acuerdo a los protocolos médicos para ese tipo de eventos, pues realizó lavado, aplicó medicamento, ocluyó el ojo, y ordenó una cita prioritaria por oftalmología, la cual debía ser tramitada ante la ARL responsable de la atención integral del paciente, toda vez que la clínica no tiene habilitado tal servicio.

³ Archivo 069 – C01Principal - 01PrimeraInstancia.

Que es cierto que el 22 de abril de 2.016 el paciente fue atendido por los médicos OSCAR MENDOZA MACIAS y ANDRES FELIPE LOTERO CADAVID, realizando este último irrigación con abundante líquido, además ocluye el ojo y remite urgentemente a institución que cuente con oftalmología, aclarando en este punto que la ARL debe garantizar la respectiva atención, y que la misma asignó la cita con tal especialista para el 25 de abril de 2.016.

Así, se opuso a las pretensiones de la demanda y presentó como excepciones de mérito las que denominó:

1. *“INEXISTENCIA DE CULPA Y FALTA DE NEXO CAUSAL”*. Aclarando que para declarar su responsabilidad, a la parte demandante le corresponde demostrar la culpa y el vínculo causal entre ésta y el daño causado. En este punto adujo que debido al accidente padecido por GONZÁLEZ PALACIO, le brindó el tratamiento adecuado y científicamente aceptado, pues realizó lavado, ocluyó el ojo afectado, y dio orden de cita prioritaria por oftalmología, la cual debía ser dispensada por la ARL.
2. *“AUSENCIA DE PERDIDA DE OPORTUNIDAD”*. Alegando que a la actora también le corresponde probar la pérdida de oportunidad, cuyos elementos estructurales no se configuran ya que a la víctima directa se le brindó la atención inicial de urgencias requerida, y se le ordenó la consulta prioritaria por especialista de oftalmología, y como esta no fue posible lo remitieron a la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SAN DIEGO.
3. *“INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD”*. Aduciendo que no tiene ningún vínculo con la otra sociedad demandada ni con la médica CASTILLO MACHETE.

4. “*HECHO DE UN TERCERO*”. Arguyendo que a la ARL le correspondía garantizar que al paciente se le materializara la cita prioritaria con oftalmología, y que a partir del 22 de abril de 2.016 la víctima directa continuó su atención con la doctora CASTILLO MACHETE asignada por la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SAN DIEGO, quien no ordenó la remisión urgente con el corneólogo ni practicó la cirugía necesaria, tratándose de atenciones realizadas por una institución diferente a la CLÍNICA SOMA.

5. “*TASACIÓN EXCESIVA DE LOS PERJUICIOS*”. Indicando que los perjuicios materiales deprecados exceden lo reconocidos hasta la fecha por la Corte Suprema de Justicia. En cuanto a los inmateriales, adujo que el daño moral como el de la vida de relación, deben ser probados en el proceso; además en la liquidación de perjuicios materiales, no se están teniendo en cuenta los más de \$20'000.000,00 entregados por concepto de indemnización por la aseguradora MAPFRE.

6. “*LA GENERICA*”. Pidiendo que se tenga en cuenta cualquier excepción que se demuestre en el proceso⁴.

El demandado PEÑUELA CHÁVEZ, aceptó que atendió a GONZÁLEZ PALACIO siendo clasificado como “triage III”, donde la atención en salud se le dispensó cuatro minutos después, la cual fue adecuada y observando los protocolos institucionales, y luego de evaluar con detalle el órgano visual no se encontró cuerpo extraño ni úlcera corneal.

Aceptó que le ordenó al paciente medicamentos y consulta prioritaria por oftalmología, ya que la CLÍNICA SOMA no disponía de tal servicio, debiendo GONZÁLEZ PALACIO tramitar lo pertinente ante su ARL por ser esta la encargada de continuar la atención integral requerida.

⁴ Archivo 023 – C01Principal - 01PrimerInstancia.

Que si llega a probarse la existencia de algún daño, sería única y exclusivamente consecuencia de la lesión sufrida por el accidente laboral, o debido a la gestión administrativa de la ARL MAPFRE. Por todo lo anterior se opuso a las pretensiones de la demanda y presentó como excepciones de mérito las que denominó:

1. *“LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SE EVALUA BAJO EL RÉGIMEN DE LA CULPA PROBADA”*. Poniendo de presente que al tratarse de una obligación de medio, la responsabilidad civil derivada de prestaciones de servicios médicos deberá analizarse bajo el régimen subjetivo, según el cual al demandante le corresponde probar la culpa en que incurrieron los profesionales de la salud.
2. *“LOS DEBERES DEL MÉDICO SE CATALOGAN COMO OBLIGACIONES DE MEDIO”*. Reiterando que las obligaciones médicas son de medio, por lo que no se asumen las consecuencias generadas al no obtenerse el fin esperado por el paciente, bastando actuar con diligencia y cuidado, tal y como se hizo en el presente caso, pues dispuso de los medios a su alcance para cumplir con el compromiso de atención, examinó el órgano visual afectado, y ante los hallazgos procedió de acuerdo a sus conocimientos y a los protocolos aplicables.
3. *“EL DAÑO CUYA INDEMNIZACIÓN SE SOLICITA, NO ES JURÍDICAMENTE INDEMNIZABLE PORQUE NO PROVIENE DE UN COMPORTAMIENTO CULPOSO”*. Aduciendo, en síntesis, que el daño alegado no proviene de un acto culposo u omisión que le sea atribuible, de donde no es indemnizable desde el punto de vista jurídico.

4. *“AUSENCIA DE CULPA”*. Iterando que no le es imputable algún actuar culposo, pues atendió al paciente en una sola ocasión de manera inmediata, diligente, y siguiendo los protocolos. En este punto adujo que la medicina es una profesión especial, en la que reluce la presunción de buena fe.
5. *“AUSENCIA DE NEXO CAUSAL”*. Indicando que no existe relación de causalidad entre el daño que afirma sufrir la víctima directa y el acto médico dispensado por el doctor PEÑUELA, quien realizó un manejo inicial adecuado, pero que al parecer no se dio continuidad al tratamiento por razones que no le son imputables; es más, al paciente le realizaron múltiples tratamientos y cirugías en las que no intervino, por lo que no es procedente endilgarle al médico general que lo atendió inicialmente el daño padecido.
6. *“EN LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EL DEMANDANTE DEBE DESVIRTUAR EL PRINCIPIO ÉTICO DE BENEVOLENCIA Y NO MALEFICENCIA, PARA EL ÉXITO DE SU PRETENSIÓN”*. Arguyendo que le corresponde al actor desvirtuar el principio médico de benevolencia y no maleficencia, que se presume en el actuar de todos los profesionales de la salud, los cuales pregonan por producir un bienestar o beneficio en la persona en quien se realiza el acto médico.
7. *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”*. Manifestando que si el daño alegado es consecuencia de una lesión por álcalis en el ojo, no está legitimado por pasiva ya que no hubo ninguna conducta médica que incidiera en su producción, máxime si se considera que solo atendió al paciente una vez.
8. *“INEXISTENCIA DE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD”*. Sosteniendo que en el presente se configura pérdida de oportuni-

dad (como daño autónomo ni criterio para flexibilizar la demostración del nexo causal), teniendo en cuenta que no se encuentran presentes sus elementos estructurales: (i) aleatoriedad del resultado esperado; (ii) certeza de la existencia de la oportunidad; y, (iii) la seguridad que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio, se extinguió irreversiblemente.

9. “*CAUSA EXTRAÑA - HECHO DE UN TERCERO*”. Alegando que la ARL de la víctima le correspondía garantizarle la atención de los servicios integrales y la cita de oftalmología prioritaria que se le ordenó al paciente el 25 de abril de 2.016, no siendo tal demora responsabilidad suya.

10. “*LA GENERICA*”. Pidiendo que se tenga en cuenta cualquier excepción que se demuestre en el proceso⁵.

Si bien la codemandada ÁNGELA MARÍA CASTILLO contestó⁶, considerando en que en la vista pública del 7 de noviembre de 2.024 se desistió de la demanda frente a la misma, lo que fue aceptado, por lo que no se hace alusión a la correspondiente contradicción.

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. precisó que no le consta ninguno de los hechos de la demanda, pues no es la encargada de prestar ni coordinar los servicios médicos en las Instituciones de Salud, la cuales actúan con autonomía. De tal manera, se opuso a las pretensiones y presentó como excepciones de mérito las que denominó:

1. “*INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE MAPFRE COLOMBIA VIDA S.A.*”. Arguyendo que la producción del hecho dañoso es ajeno a su actuar, pues ninguno de los fundamentos

⁵ Archivos 043 y 071 – C01Principal - 01PrimeraInstancia.

⁶ Archivos 054 y 073 – C01Principal - 01PrimeraInstancia.

fácticos de la demanda le son imputables, considerando que la actividad del prestador de servicio de salud no la vincula como ARL, siendo su obligación responder por los gastos de atención médica en virtud del traslado del riesgo que realiza el empleador.

2. “*REGIMEN DE RESPONSABILIDAD CON CULPA PROBADA – DILIGENCIA Y CUIDADO*”. Aduciendo que tratándose de una responsabilidad médica, le corresponde al demandante probar la culpa a efectos de acreditar falla en la prestación del servicio del lado de los demandados, lo cual en el presente no se satisface puesto que los protocolos seguidos por los médicos que trataron a GONZÁLEZ PALACIO fueron los adecuados conforme la “*Lex Artis Ad Hoc*”.

3. “*AUSENCIA DE NEXO CAUSAL*”. Aclarando la necesidad de distinguir entre la culpa médica y la materialización del riesgo inherente a un tratamiento, las cuales son situaciones o complicaciones que pueden presentarse aún a pesar que se actúe de la mejor manera, siguiendo los protocolos y pasos que exige la bibliografía propia de la materia, siendo este último evento el acaecido en el presente caso⁷.

DE LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA:

SEGUROS DEL ESTADO S.A. se pronunció frente a la demanda diciendo que no le constan los hechos de la demanda; sin embargo, fue reiterativa en que no es cierto que se haya dado un diagnóstico errado atribuible a la CLÍNICA SOMA, o que los profesionales de la salud que

⁷ Archivo 088 – C01Principal - 01PrimerInstancia.

atendieron al paciente los días 19 y 22 de abril de 2.016 hayan actuado de forma inadecuada, máxime que la mencionada Institución no contaba con especialidad de oftalmología, por lo que se hizo el respectivo proceso de remisión.

De tal manera, se opuso a las pretensiones de la demanda y presentó como excepciones de mérito las que denominó:

1. *“Régimen de responsabilidad aplicable / culpa probada”*.
Aduciendo que es a la actora a quien le corresponde demostrar que la atención dispensada por la Institución o por el profesional de la salud, fue negligente, inoportuna, imperita o contraria a la *lex artis* médica.
2. *“Ausencia de responsabilidad por parte de la CLINICA SOMA”*.
Reiterando lo indicado en la excepción anterior, agregando que la demandante se limita a realizar consideraciones subjetivas sin sustento fáctico ni científico, estando probado con la historia clínica allegada que la CLÍNICA SOMA le dispensó al paciente todas las atenciones que requirió los días 19 y 22 de abril de 2.016, poniendo a su disposición todo lo que estuvo a su alcance.
3. *“Inexistencia del nexo causal frente a la CLINICA SOMA”*.
Arguyendo que el perjuicio reclamado fue producido por un evento completamente ajeno, reiterando que al paciente se le dispensó el tratamiento adecuado, oportuno y avalado por la ciencia médica, por lo que es inexistente la relación de causalidad entre el daño y las atenciones dispensadas por la CLÍNICA SOMA.
4. *“Ausencia de prueba del perjuicio moral reclamado”*. Solicitando que en caso de analizar los perjuicios morales reclamados, se tenga en cuenta los parámetros jurisprudenciales establecidos por

la Corte Suprema de Justicia, además que le corresponde a la parte demandante demostrar su certeza, cuantía y extensión, de lo contrario no son susceptibles de ser indemnizados.

5. *“improcedencia del perjuicio denominado daños a la vida de relación”*. Alegando que en ningún aparte de la demanda se justifica o explica cómo cambiaron las condiciones de existencia de los demandantes, lo cual tampoco se evidencia con las pruebas arrimadas.
6. *“Inexistencia del lucro cesante reclamado”*. Indicando que la actora no aporta prueba tendiente a demostrar el lucro cesante deprecado en favor de GONZÁLEZ PALACIO⁸.

En virtud de la póliza 65-03-101009762, la CLÍNICA SOMA llamó en garantía a SEGUROS DEL ESTADO S.A., quien frente al llamamiento propuso las excepciones que rotuló:

1. *“Límite del valor asegurado según las condiciones y vigencia de la póliza 65-03-101009762.”*. Indicando que el límite del valor asegurado en la póliza asciende a \$1.500'000.000,00, sin que ello quiera decir que sea esta la suma que siempre debe asumir la compañía de seguros ante la eventual obligación indemnización.
2. *“Deducible pactado en la póliza 65-03-101009762”*. Poniendo de presente que las partes del contrato de seguro pactaron un deducible del 10% del valor de la pérdida, que es como mínimo \$5'000.000,00.
3. *“Condiciones adicionales de la póliza 65-03-101009762”*. Aduciendo, en síntesis, que deben tenerse en cuenta todas las

⁸ Archivo 007 – 02LlamamientoSomaVsSegurosDelEstado - 01PrimeraInstancia y archivo 075 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

condiciones particulares y generales que hacen parte del contrato de seguro contenido en la póliza 65-03-101009762⁹.

La CLÍNICA SOMA también llamó en garantía al médico PEÑUELA CHÁVEZ, en virtud del vínculo laboral que los ataba para el 19 de abril de 2.016¹⁰, a lo que éste se opuso a las pretensiones del llamamiento en garantía, y presentó las excepciones de mérito que denominó:

1. *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA PARA LLAMAR EN GARANTÍA, POR INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE GARANTE Y POR INEXISTENCIA DE DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL PARA LLAMAR EN GARANTÍA.”*. Arguyendo que no tiene ninguna obligación de garante frente a llamante.
2. *“INEXISTENCIA DE RELACION SUSTANCIAL PARA LLAMAR EN GARANTIA”*. Poniendo de presente que no existe relación sustancial que faculte a la CLÍNICA para llamarlo en garantía.
3. *“AUSENCIA DE CULPA”*. Manifestando que no le es imputable algún actuar culposo, pues atendió al paciente en una sola ocasión de manera inmediata, diligente y siguiendo los protocolos.
4. *“GENERICA”*. Pidiendo que se reconozca cualquier excepción que se demuestre en el proceso¹¹.

DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

⁹ Archivo 007 – 02LlamamientoSomaVsSegurosDelEstado - 01PrimeraInstancia.

¹⁰ Archivo 002 – 03LlamamientoSomaVsJuanCarlosPeñuela - 01PrimeraInstancia.

¹¹ Ver folios 26-30 del archivo 043 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

El *a quo* después de hacer síntesis de la acción y las fallas atribuidas a los accionados, hizo precisiones conceptuales sobre la responsabilidad civil médica y sus presupuestos axiológicos, particularizando en el elemento culpa, siendo que de lo dispuesto en los artículos 2° y 153 de la Ley 100 de 1.993, el servicio suministrado por los partícipes del sistema de seguridad social en salud, incluidas las ARL, debe ser prestado de manera oportuna y con calidad.

Sobre lo fáctico, que desde la fijación del litigio quedó probado que el 19 de abril de 2.016 el paciente fue atendido en la CLÍNICA SOMA, siendo clasificado por el médico PEÑUELA CHÁVEZ en “triage 3”, aclarando que tal atención dispensada fue inmediata; y que el 22 de abril de 2.016 hubo una segunda atención en tal CLÍNICA, siendo clasificado por el médico OSCAR MENDOZA en “triage 2” y atendido por el doctor ANDRÉS FELIPE LOTERO, siendo remitido en ambulancia a la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SAN DIEGO, para atención ambulatoria prioritaria de oftalmología.

Que conforme la declaración rendida en su interrogatorio por GONZÁLEZ PALACIO, el médico PEÑUELA CHÁVEZ le orientó sobre lo que debía hacer, que era acudir a cita de oftalmología, la cual debía ser asignada por medio telefónico, demostrando tal circunstancia una conducta diligente por parte del doctor, por lo que trayendo a colación varios extractos de declaraciones (interrogatorios de parte y testimonios), procede a analizar cada uno de los puntos que hicieron parte de las fallas imputadas por la demandante.

Sobre el reproche que se le hizo a PEÑUELA CHÁVEZ respecto a la clasificación de “triage 3” que éste realizara, concluyó que lo mismo fue acorde a lo establecido en el artículo 5° de la Resolución 5596 de 2.015 y lo consignado en la historia clínica del paciente, que fue atendido de manera inmediata, no pudiendo los actores demostrar lo contrario.

Sobre el indebido procedimiento en cuanto al lavado que se le hizo al paciente, coligió que con el dictamen de merma de la capacidad laboral, no se puede determinar que el tratamiento dispensado fue inadecuado, pues en la historia clínica -también allegada por la actora sin tacharla de falsa-, se constata que al momento de examinarlo no se observaron cuerpos extraños en el ojo de GONZÁLEZ PALACIO.

En este punto que conforme la Resolución 4568 de 2.014 y lo dicho por la mayoría de peritos, el primer manejo de la quemadura de ojo debió darse en el lugar donde el paciente sufrió el accidente, y que debe realizarse irrigación en el sitio de urgencias con "*Lactato de Ringer*" o solución salina normal, sugiriendo la utilización de una cinta para medir el pH -si se cuenta con ello-, siendo tal protocolo satisfecho por el doctor PEÑUELA CHÁVEZ, teniendo en cuenta que allí no se establece la cantidad de solución para hacer el lavado de globo ocular, contrario a lo indicado por el experto que realizó el dictamen de merma de la capacidad laboral, quien adujo que debía hacerse con cinco (5) litros, sin tener un soporte o sustento para tal afirmación.

Que conforme el dictamen pericial allegado por el codemandado PEÑUELA CHÁVEZ y el practicado de manera oficiosa, la irritación y los cuerpos extraños pueden presentarse de manera retardada atendiendo a las características del cemento, pues éste no se solidifica de manera inmediata, por lo que incluso ni siquiera los oftalmólogos en citas posteriores pudieron extraer todos los cuerpos que luego se fueron solidificando al interior del globo ocular.

Sobre el hecho que no se envió al paciente de manera urgente a oftalmología, que conforme la historia clínica y a lo determinado en la fijación del litigio, lo remitieron por cita prioritaria para la atención dentro de las 24 horas siguientes -siendo éste el procedimiento adecuado-, no

siendo posible la remisión a urgencias oftalmológicas porque tal servicio no existía en ese momento en la ciudad de Medellín, conforme lo indicado por la experta que realizó el dictamen pericial decretado de oficio, correspondiéndole a la parte actora demostrar lo contrario.

Luego hizo precisiones conceptuales sobre la pérdida de la oportunidad, y adujo que conforme las experticias arrimadas, la cita de oftalmología asignada para el 25 de abril fue poco oportuna, circunstancia a partir de la cual en principio se vislumbra culpa en cabeza de la ARL demandada; sin embargo, no se advierte nexo de causalidad entre la conducta culposa y el daño, pues de lo manifestado por la experta que realizó el dictamen pericial oficioso, la atención oportuna e inmediata no podía garantizar que el resultado dañoso se dejara de producir, o que el paciente recuperara su salud oftalmológica, descartándose así cualquier grado de probabilidad que exige la pérdida de la oportunidad.

De tal manera, desestimó las pretensiones de la demanda, prescindiendo de la condena en costas en virtud del amparo de pobreza que cobija a los demandantes¹².

DE LA APELACIÓN:

La sentencia fue apelada por la parte demandante, quien presentó los siguientes reparos concretos, que posteriormente fueron sustentados:

1. “*LA CULPA*”. Aduciendo que lo intitulado quedó acreditado en cabeza del médico PEÑUELA CHÁVEZ y de la CLÍNICA SOMA, pues el primero no siguió el protocolo establecido en la Resolución 4568 de 2.014, en cuyo numeral 11.2.4. señala que en caso de quemaduras en los ojos,

¹² Archivo 166 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

debe realizarse una irrigación continua, inicialmente durante treinta minutos, evaluando el pH con cinta, pero si no se cuenta con tal elemento, se debe continuar irrigando hasta la remisión a un mayor nivel de complejidad, o hasta que el oftalmólogo indique lo contrario.

Que lo anterior no se satisfizo pues en la primera atención (19 de abril de 2.016), no se hizo la medición del pH ni tampoco se continuó con la irrigación hasta la remisión a un mayor nivel de complejidad, pues el médico se limitó a hacer un lavado con 250 CC durante diez minutos, y luego el paciente fue dado de alta sin una nueva revisión por parte del médico tratante.

Que el *a quo* basó su decisión exclusivamente en la opinión de la perito nombrada de oficio -la cual indicó que no debía hacerse lavado por treinta minutos, que no era importante la cantidad de líquido aplicado, y que tenía que enviarse al paciente a una cita prioritaria por oftalmología-, echando de menos el protocolo establecido para un evento como el acaecido, el cual al tratarse de una urgencia instruye que debe garantizarse irrigación continua hasta que se garantice la atención protocolaria por parte del oftalmólogo.

Que según las experticias allegadas por la demandante y por CASTILLO MACHETE, debía usarse entre cuatro (4) y cinco (5) litros de solución para el lavado del globo ocular, lo cual sí se satisfizo en la segunda atención que tuvo la víctima directa en la CLÍNICA SOMA; y es que según lo indicado por aquella doctora en su interrogatorio, se debe realizar un lavado exhaustivo del ojo hasta eliminar el agente álcali, pero como se hizo una única exploración superficial del globo ocular, el doctor PEÑUELA CHÁVEZ no intentó eliminar tal objeto dañino, pues para él nunca existió, por no lo consideró una urgencia al ser ausente el riesgo de perder el órgano de la visión.

Que el protocolo de remisión debió ser el que hizo la CLÍNICA SOMA (22 de abril de 2.016), pero desde el momento en que se brindó la atención inicial, o sea el día 19 del mismo mes y año; IPS ésta que realiza “*tinción con fluoresceína*” conforme lo indicó en su interrogatorio el doctor PEÑUELA CHÁVEZ y según se advierte en la historia clínica de la segunda atención brindada a la víctima directa -práctica que permitió evidenciar una úlcera-, de manera que el no aplicar dicha sustancia la primera vez que el paciente ingresó a urgencias, constituyó la causa de no brindarse a tiempo el diagnóstico y tratamiento adecuado tratándose de una urgencia oftalmológica.

Otra falla en la atención por parte del doctor PEÑUELA CHÁVEZ, fue no haber encontrado cuerpo extraño alguno en el ojo del paciente, lo cual es contrario a lo constatado en la historia clínica de atenciones posteriores, en las que se encontraron en el globo ocular abundantes restos de concreto.

Que fue desacertado y contrario al protocolo realizar la oclusión o inmovilización del ojo del paciente, lo cual releva impericia o negligencia, fallas médicas por parte del médico PEÑUELA CHÁVEZ, por ende de la CLÍNICA SOMA, que consistieron y así lo enuncia, en:

Así ha quedado demostrada la culpa del médico PEÑUELA, por lo siguiente:

1. No siguió el protocolo establecido en el artículo 11.2.4 de la Resolución 4568 del 2014, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. En tanto, no realizó medición del PH del ojo.
3. No continua irrigación hasta la remisión a un mayor nivel de complejidad.
4. No hizo un lavado profuso o exhaustivo, pues se limitó a ordenar un lavado de 250CC.
5. No se hizo ni se ordenó un lavado inicial por 30 minutos, pues sólo fue de 10 minutos, como lo consignó enfermería.
6. No se verificó que se haya eliminado el álcali, pues ni siquiera se encontró al momento de la atención en urgencias del 19 de abril, ni se volvió a hacer la revisión después del lavado inicial.
7. No se garantizó la atención de la urgencia en un mayor nivel de complejidad donde se contara con oftalmología.
8. Fue dado de alta, sin una nueva remisión del ojo, sin estabilizar el PH y sin realizar irrigación continua.
9. El ojo fue ocluido, cuando estaba contraindicado en quemaduras por álcali.
10. No se identificó el caso como una urgencia oftalmológica.

Frente a la ARL MAPFRE, adujo que es culpable, en síntesis, por no garantizar la atención oportuna de un oftalmólogo, pues a pesar que el paciente contaba con orden prioritaria, la cita fue asignada para el 25 de abril de 2.016, es decir, seis (6) días después del accidente.

2. “EL NEXO DE CAUSALIDAD”. Arguyendo que el *a quo* adujo que el hecho de haberse dado la atención oportuna, no le garantizaba al paciente recuperar la visión, conforme lo indicado por la experta nombrada de oficio; sin embargo, lo que tal experta dijo fue que en ese evento no se garantiza la recuperación de la vista en el 100%, pero que la misma afirmó no saber o recordar en qué porcentaje han mejorado los diez pacientes que ha tenido por quemaduras por álcali.

Que conforme la revista científica aportada por la otrora demandada CASTILLO MACHETE, de haberse brindado una atención protocolaria adecuada, existía por lo menos un 50% de probabilidad de recuperar algún grado de visión, suponiendo que la quemadura inicial fuera severa, hecho que no está demostrado.

Que el *a quo* desconoció que conforme la revista científica y la experticia aportados por CASTILLO MACHETE, tratándose de quemaduras por álcali, si un agente extraño perdura en el ojo, el mismo continúa generando el daño indefinidamente, de manera que mientras más oportuna y adecuada sea la atención, mayor es la posibilidad de reparar el daño, circunstancia última que no aconteció, pues como se vio, el médico PEÑUELA CHÁVEZ no se ciñó al protocolo, acaeciendo entonces una pérdida de la oportunidad.

De tal manera, al no retirarse la sustancia álcali del ojo y no garantizarse la atención con oftalmólogo en la atención inicial de urgencias, quedó demostrado el nexo de causalidad¹³.

¹³ Archivo 07 - C04ApelaciónSentencia - 02SegundaInstancia.

Del traslado frente a la alzada:

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. arguyó que en el presente no hay culpa en cabeza de las entidades o los médicos tratantes, pues la atención dispensada fue oportuna, pertinente, adecuada y ajustadas al protocolo denominado "*Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos*", conforme lo indicado por la perito SARA ESCOBAR CAMACHO.

Que como aseguradora no es la encargada de asignar las citas, pues es el propio paciente o la IPS quienes deben concertar lo pertinente, por lo que no tuvo conocimiento de la orden de remisión para oftalmología que debió asignarse, por lo que se desvirtuó el nexo causal entre la supuesta tardanza en la asignación de la cita y el daño alegado, ya que la experta SARA ESCOBAR CAMACHO, manifestó que así se hubiera atendido al paciente dentro de las 24 horas siguientes, el resultado hubiera sido el mismo debido a la gravedad y peligrosidad del álcali en la superficie del ojo.

Frente al dictamen pericial aportado por la demandante, que si bien el mismo tiene como fin establecer la merma de la capacidad laboral, allí se realizaron juicios subjetivos acerca de la culpabilidad que no están soportados en algún protocolo médico¹⁴.

La CLÍNICA SOMA refirió que la sustentación de la parte aludió a varios yerros que no se expresaron al momento de elevar los reparos concretos, haciendo especial énfasis en la pérdida de la oportunidad, la cual ni siquiera fue una de las pretensiones de la demanda.

¹⁴ Archivo 09 - C04ApelaciónSentencia - 02SegundaInstancia.

Que la Resolución 4568 de 2.014 está dirigido principalmente a las mujeres víctimas de crímenes con ácidos, álcalis y sustancias similares, por lo que el mismo no fue elaborado ni socializado con oftalmólogos, sino por expertos en cirugía plástica, lo cual dista del accidente laboral soporte de la acción, por lo que no es aplicable en las presentes.

Que los demandantes insistieron en la utilización de la fluoresceína, la cual fue aplicada por el doctor PEÑUELA CHÁVEZ, recalcando que ese medicamento no hace parte de la atención inicial de urgencias cuando se acude por quemadura o cuerpo extraño en el ojo, conforme lo indicado en su dictamen por la perito SARA ESCOBAR CAMACHO.

Luego de traer a colación lo indicado por los peritos que declararon y por la doctora CASTILLO MACHETE, adujo que no existe nexo causal entre su actuar y el daño padecido por el paciente, el cual se produjo por un accidente laboral, y como lo indicó la experta ESCOBAR CAMACHO, lo único que garantizaba que no se produjera el daño era que no se hubiera presentado tal incidente.

Que no se entiende por qué el demandante no acudió a urgencias oftalmológicas en vez de dirigirse a la CLÍNICA SOMA, la cual no contaba con tal servicio, reiterando en este punto que la tardanza o no en la atención prioritaria no era de su resorte, pues dicho trámite le correspondía al paciente ante su ARL, quien debía asignar la cita requerida.

Enfatizó que el daño no se mencionó al momento de exponerse los reparos concretos frente a la sentencia de primera instancia¹⁵.

Finalizando estas intervenciones, el codemandado PEÑUELA CHÁVEZ adujo, en síntesis, que en el presente caso no se probó la existencia del

¹⁵ Archivo 11 - C04ApelaciónSentencia - 02SegundaInstancia.

nexo causal y la culpa como presupuestos axiológicos de la acción; al contrario, de la prueba pericial decretada de oficio se logró demostrar la ausencia de tales elementos, siendo improcedente que la actora pretenda desestimar y restar credibilidad a la perito, sin contar con fundamento técnico para ello.

Que el dictamen por él aportado cumplió con todos los requisitos legales y los demandantes no solicitaron su contradicción, lo que demuestra su conformidad con su contenido, a partir del cual se puede colegir que el acto médico desplegado fue diligente y cuidadoso; mientras que la historia clínica y el dictamen de merma de la capacidad laboral alegado por activa, desvirtúan la culpa alegada y el nexo de causalidad entre ésta y el daño alegado¹⁶.

Sin más intervenciones y agotada la instancia, se resuelve la apelación.

CONSIDERACIONES

INTROITO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA JURÍDICO:

Los presupuestos procesales se encuentran reunidos y sobre ellos no hay reparo alguno; así mismo, examinada la actuación procesal en ambas instancias, no se observa irregularidad que invalide lo actuado, por lo que están presentes las condiciones para resolver la alzada.

Conforme lo disponen los artículos 320 y 328 del C. G. del P., solo sobre los reparos concretos se pronuncia el Tribunal; sin perjuicio de puntos

¹⁶ Archivo 13 - C04ApelaciónSentencia - 02SegundaInstancia.

que según la Ley deban ser objeto de pronunciamiento, tal como lo indica el inciso 1º de la última norma.

Considerando lo argumentado vía apelación, el problema jurídico primario a resolver se presenta así: ¿tratándose de un asunto de responsabilidad médica, se probó la culpa de la demandada y/o la pérdida de oportunidad?, interrogante que se abordará dentro del marco del análisis probatorio integral pertinente, según lo prevé el artículo 176 Procesal Civil.

DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA RECLAMADA:

En materia de responsabilidad médica la jurisprudencia ha establecido, que para que el actor pueda obtener el efecto jurídico perseguido, ha de comprobar la culpa de quien presta el respectivo servicio, aunado al “*daño irrogado y la relación de causalidad entre el proceder del médico y la afectación que ella experimentó.*” (Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC2555-2019 del 12 de julio de 2019), donde la misma alta Corporación siguiendo su línea jurisprudencial, ha expresado que:

“... para que se configure la responsabilidad galénica, como ya se dijo, siendo la regla general la culpa probada, esto es, que los médicos únicamente responden cuando se demuestre en el proceso su impericia, imprudencia, negligencia o dolo, mientras que la presunta es una excepción acotada a ciertas materias.” (Sentencia SC4786-2020, 7 de diciembre de 2020).

Entonces, es pacífico que en materia de responsabilidad médica, la regla general es la culpa probada, según la cual el demandante debe probar el error o pifia en la atención, procedimiento, aplicación de medicamentos en lo dispensado, y que lo mismo causó el daño por el que se reclama resarcimiento.

En la misma línea valga reiterar que la obligación médica para con el paciente es de medio, lo que también especifica el artículo 104 de la Ley 1438 de 2.011 al modificar el artículo 26 de la Ley 1164 de 2.007, cuando en su parte pertinente indica en relación al acto propio de los profesionales de la salud, que “... *Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio...*”, claro está, a no ser que se hubiera previsto y pactado el resultado; sin embargo, este último supuesto no ocupa a las presentes.

De tal manera, siguiendo la regla general, la responsabilidad en la materia requiere como requisito *sine qua non*, que se acredite el desapego profesional a la *lex artis ad hoc*, la cual es el marco de las actividades médicas que deben estar enmarcadas en la diligencia debida, siendo necesario en todo caso, y valga la insistencia, probar la culpa de cara a la generación del daño, siendo el demandante quien tiene la carga de la prueba de sus elementos constitutivos.

La culpa probada no puede ser producto de inferencias lógicas o ejercicios intelectivos que hagan legos en medicina o en cualquiera de sus especialidades, pues más que discursos de lo que se necesita es de evidencia tangible y técnica. Ella no se puede construir a partir de silogismos o ejercicios más propios de la lógica o del arte de la retórica, sino que es asunto de las Ciencias Naturales dentro de sus criterios de método, rigor y comprobación.

En la misma línea, los saberes derivados de las “*reglas de la experiencia*” profanos en ciencias médicas, tampoco son útiles para dilucidar y establecer la responsabilidad en un asunto como el que nos ocupa, sino que se requiere el conocimiento de expertos en la materia, pues el saber médico científico no puede ser reemplazado por el conocido “*sentido común*”.

Claro está, una cosa es el acto médico propiamente dicho, y otra lo relacionado con los deberes institucionales de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (EPS e IPS, artículos 177 y 185 Ley 100 de 1993), pues existen asuntos en los que no se juzga el acto médico, sino, v. g., la seguridad. Claro está que en ello, la seguridad, no se sustentó la *causa petendi*, lo que nos releva de hacer consideraciones sobre la misma.

En relación a la responsabilidad médica por pérdida de oportunidad, debe verificarse el vínculo de causalidad entre lo que se le imputa a los demandados y el chance aducido, éste último que debe ser cierto, serio y actual, de lo que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en reciente jurisprudencia ha indicado:

“Especial importancia merece el estudio de la relación de causalidad en estos eventos, toda vez que la misma no se analiza de cara al resultado final constitutivo del daño, sino a la pérdida de la oportunidad de evitarlo. En esas condiciones, la verificación del nexo causal supone acreditar que, con ocasión de la acción u omisión culposa del agente, la víctima vio frustrada o truncada definitivamente una posibilidad, lo que se traduce en un daño cierto y actual, independiente del resultado final.

...

“De manera que en estos eventos es imperativo constatar la relación de causalidad adecuada entre el actuar antijurídico endilgado al demandado y la oportunidad perdida por el afectado. En materia de responsabilidad médica generalmente ésta se traduce en la frustración de un chance de sobrevivencia, de no ser inválido, de curación de la enfermedad o de recuperación de la salud, atribuida a un actuar negligente de los profesionales encargados de dispensar la atención sanitaria requerida.”

*“Tal constatación supone verificar que la pérdida del chance sea **cierta, seria y actual**. En ese sentido, aunque su principal característica es que solo existe una posibilidad, más no una certeza del resultado por lo que el beneficio esperado puede o no ocurrir, tal incertidumbre no demerita el requisito de la certeza del daño, toda vez que, «la característica de los casos que encuadran en este instituto es justamente la existencia de un aleas respecto de cuál será el desenlace de los hechos, y la pérdida de esa oportunidad será, en consecuencia, el daño resarcible»; y, siendo la chance, «una posibilidad con la que la víctima contaba con anterioridad al hecho ilícito, y de la cual se vio privada a causa de éste; la pérdida de esa posibilidad constituye un daño cuya certidumbre no se encuentra limitada o menguada. Es decir, no hay nada de hipotético en la chance, pues esta existe o no existe»”*

“Además, el presupuesto general para la indemnización de los daños referido a su actualidad no puede soslayarse tratándose de la pérdida de oportunidad,

pues la misma debe quedar establecida al momento de producirse el hecho lesivo y no con posterioridad.”

“Así mismo, la oportunidad perdida debe ser seria, al respecto, el autor Julio César Galán Cortés, alude al denominado «umbral de seriedad de la chance», para significar que ésta «para ser tributaria de reparación, ha de ser real, razonable, seria, sustancial y consistente, gozando de suficiente fundamentación y apreciable entidad (...) de esta forma, la pérdida de chace solo será indemnizable cuando ostente una entidad suficiente, no pudiendo dar lugar a la indemnización cuando hay una razonable certidumbre de la imposibilidad del resultado, por lo que será preciso efectuar un juicio de carácter pronóstico sobre la concreta posibilidad de que la chance pudiese haberse transformado en realidad»¹⁷. Subraya extra texto, pero negrilla en él.

Así, se puede colegir que más allá del alea del resultado esperado con un procedimiento médico, para que se haya truncado la oportunidad esta debe ser cierta, pues si hay incertidumbre razonable de la posibilidad de obtener ese resultado, no puede predicarse el vínculo causal entre la conducta cuestionada y el daño por cuya reparación se depreca.

DE LA RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO:

De la *causa petendi* se tiene que de entrada el factor de imputación es por el acto médico, pues lo que se le atribuye al galeno PEÑUELA CHÁVEZ y a la CLÍNICA SOMA, que en la atención inicial que el 19 de abril de 2.016 se le dispensó al paciente, el aludido profesional cometió varios yerros y pifias al no ceñirse a los protocolos establecidos, por lo que sobre lo mismo iniciaremos el análisis probatorio pertinente.

Ahora bien, por cuestiones metodológicas se hará un análisis separado respecto de lo que se reprocha frente a cada codemandado, pues debe memorarse que en la sentencia atacada desestimaron las pretensiones al determinarse que los demandados (médico e IPS) no actuaron de

¹⁷ Sentencia SC456-2024 del 24 de abril de 2.024.

manera culposa, y respecto a la aseguradora se concluyó que si bien obró de manera imperita, no existe nexo causal entre dicha conducta y el daño finalmente padecido por el paciente.

Sobre la culpa del médico y de la clínica:

De manera primigenia se precisa que la Sala no analizará el actuar culposo erigido sobre el hecho que el médico codemandado PEÑUELA CHÁVEZ, ocluyó el globo ocular del paciente y omitió realizar la medición del “pH” conforme lo establecido en la Resolución 4568 de 2.014, pues tales circunstancias apenas se pusieron de presente vía alzada, sin que fuera objeto de reproche en la demanda inicial o en su reforma, de manera que salirse de los linderos allí dispuestos significaría contravenir el principio de congruencia, máxime cuando ello no fue objeto de examen en la sentencia atacada.

Vía alzada insisten los actores-recurrentes, en que hubo pifia del doctor PEÑUELA CHÁVEZ en la atención dispensada el 19 de abril de 2.016, pues la irrigación que le hizo al paciente en su globo ocular, no se ciñó a lo dispuesto en la Resolución 4568 de 2.014, ya que no fue profunda ni exhaustiva (pues se hizo con 250 CC, debiendo usarse entre 4 y 5 litros de solución) durante el tiempo previsto (treinta minutos), y tampoco se hizo manera continua hasta la remisión del paciente a un mayor nivel de complejidad, agregando que tal profesional actuó con culpa, pues debió eliminar por completo el “*álcali*” que el lesionado tenía en el ojo, lo cual se advirtió en consultas posteriores.

Finalmente, manifiesta el recurrente inconformidad con que el médico no siguió los protocolos dispuestos, pues debió remitir al paciente para que la urgencia fuera atendida por oftalmología.

Considerando lo anterior, es menester indicar que en el presente no existe controversia en que a las 20:11 horas del 19 de abril de 2.016, el señor GONZÁLEZ PALACIO acudió al servicio de urgencias de la CLÍNICA SOMA, debido a que en “*accidente laboral, le cae concreto en el ojo ahora con irritación y sensación de cuerpo extraño*”, siendo clasificado a las 20:13 en “*triage 3*”, ello por el médico general PEÑUELA CHÁVEZ, hecho del que da cuenta la siguiente imagen:

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nro de Clasificación: 455357	Fecha - Hora de Atención: 19/04/2016 20:13
Fecha - Hora Llegada: 19/04/2016 20:11	Barrio de Residencia: CASTILLA
Lugar de Nacimiento: MEDELLIN	
DATOS CLINICOS	
MOTIVO DE CONSULTA	
mc y ea: accidente laboral, le cae concreto en el ojo ahora con irritación y sensación de cuerpo extraño	
SIGNOS VITALES	
Presión Arterial: 120 / 70 mmHg	Presión Arterial Media: 86 mmHg
Pulso: 76 Pul/min.	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
CUERPO EXTRAÑO EN OJO	
Orden de Atención 3- TRIAGE III	Servicio Destino 0001 URGENCIAS 1
OBSERVACIONES	
se ingresa	
Firmado por: JUAN CARLOS PEÑUELA CHAVEZ, MEDICINA GENERAL, Reg: 91528405	

De ahí mismo se desprende que el paciente fue atendido por el mismo médico tres (3) minutos después que le realizaran el “triage”, profesional que ordenó lavado del ojo derecho por diez (10) minutos con 250 ml de solución salina al 0.9%, según se evidencia, así¹⁸:

DIAGNOSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNOSTICO	CODIGO DX	ESTADO INICIAL
"CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO"	T159	Confirmado

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD
Causa externa: ACCIDENTE DE TRABAJO
Plan de Manejo: PAciente con cuerpo extraño en ojo derecho. Se ordena lavado ocular y posterior oclusión del mismo.

ORDENES MEDICAS

ACTIV. MEDICO DELEGADAS
19/04/2016 20:25: Observacion
Cantidad: 1

LIQUIDOS E INFUSIONES
19/04/2016 20:25: SOLUCION SALINA 0.9%
Datos Clínicos: TOTAL 250 ml
, 10 MINUTOS
Justificación: lavado

¹⁸ Ver folio 38 del archivo 023 – C01Principal - 01PrimeraInstancia.

También es claro que a las 20:55 el paciente fue dado de alta con orden de valoración prioritaria por oftalmología, según se evidencia, así¹⁹:

CAUSA DE EGRESO:	ALTA	Fecha: 19/04/2016 20:55
DIAGNOSTICO DE EGRESO:	"CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO" T159	
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	Sale por sus medios	
PLAN DE MANEJO:	Alta con formula Incapacidad orden para valoracion por oftalmologia ambulatoria	
INCAPACIDAD FUNCIONAL:	Si,	
TIPO DE INCAPACIDAD:	ACCIDENTE DE TRABAJO	
ORDENES MEDICAS EXTERNAS		
MEDICAMENTOS		
19/04/2016 20:57: NIMESULIDA TABLETA 100 mg, 100 MILIGRAMO, ORAL, C/ 12 HORAS, 05 DIAS Recomendaciones de Prescripción: tomar una cada 12 horas		
19/04/2016 20:57: CODEINA+ACETAMINOFEN (30 mg/500 mg) TABLETA, 1 TABLETA, ORAL, C/ 8 HORAS, 07 DIAS Recomendaciones de Prescripción: tomar una cada 8 horas		
INCAPACIDAD		
19/04/2016 20:58: Accidente de Trabajo Justificación: dx: cuerpo extraño en ojo DESDE: 2016/04/19 HASTA: 2016/04/23, DURACIÓN:5 Día(s)		
INTERCONSULTAS		
19/04/2016 20:59: OFTALMOLOGIA Datos Clínicos: Trabaja en construccion, Sufre accidnete laboral. Le cae concreto en el ojo derecho Justificación: Valoracion prioritaria por oftalmologia		
Firmado por: JUAN CARLOS PEÑUELA CHAVEZ, MEDICINA GENERAL, Reg: 91528405		

Entonces, de cara a la culpa, debe preguntarse ¿la atención dispensada por el médico tratante adscrito a la CLÍNICA SOMA, estuvo acorde con lo que dicta la *lex artis* médica para este tipo de casos?, ello en la medida que gran parte de los reproches frente a tal profesional, estriban en que no se ciñó a lo dictado al protocolo para el manejo de quemaduras en ojos del que trata el numeral 11.2.4. del anexo técnico de la Resolución 4568 de 2.014.

Tal acto administrativo, la Resolución 4568 de 2.014 expedida por el Ministerio de Salud, según su artículo 1º tiene como objeto adoptar el "*Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos*" contenido en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo", lo cual se acompasa con lo dispuesto en el numeral 4º del mencionado anexo técnico, el cual establece:

"El Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos contiene las acciones que los equipos de salud deben realizar para

¹⁹ Ver folio 39 del archivo 023 – C01Principal - 01PrimeraInstancia.

la atención a estas víctimas desde el primer contacto con los servicios de urgencias, hasta la remisión a otro nivel de atención o al seguimiento ambulatorio, de acuerdo con cada caso”²⁰.

De tal manera, el médico que *ab initio* trató al demandante GONZÁLEZ PALACIO, no se tenía que ceñir estrictamente al protocolo en cuestión, pues si bien el mismo dicta unas pautas de atención cuando acaece una quemadura en los ojos, este aplica plenamente cuando existe una víctima de ataque con agentes químicos, agresión que proviene de terceros, lo cual difiere ampliamente del accidente padecido por aquel actor, el cual es de origen laboral -en lo que no existe controversia-.

Entonces, el aludido protocolo eventualmente podía servirle al médico tratante como criterio orientador, más no como la *lex artis* en estricto sentido, siendo necesario que la parte actora probara la culpa médica, con el fin de obtener el efecto jurídico perseguido.

Así, es del caso analizar la prueba técnica arrojada a fin de atribuir pifia o negligencia en la atención de urgencias que se le dispensó al paciente el 19 de abril de 2.016, lo que se soporta en el dictamen de merma de la capacidad laboral allegado por activa elaborado el 12 de octubre de 2.022 por el médico especialista en salud ocupacional NÉSTOR ALDEMAR MORALES BETANCUR²¹, quien en la experticia, dijo:

“Opinión: Wilmar, de 43 años, casado, 2 hijos adultos, ayudante de construcción, los últimos 10 años ha trabajado como operario de concreto, quien sufrió quemadura de ojo derecho, con cemento, en accidente de trabajo, lesión severa con pobre pronóstico visual, que empeoró con un tratamiento inoportuno e inadecuado, puesto que no le sacaron a tiempo los restos de cemento y no la intervinieron quirúrgicamente de manera inmediata. Manejos

²⁰ Según el numeral 5.1. de tal aludido anexo técnico, fue construido por un equipo técnico integrado de la siguiente manera: “Se contrató a un equipo técnico liderado por Sinergias – Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social-conformado por especialistas de cirugía plástica, salud mental, enfermería de unidad de quemados y trabajadora social del Hospital Simón Bolívar y la Fundación del Quemado, que cuentan con una amplia trayectoria en la atención a las víctimas de ataques con ácido, álcalis, sustancias similares y corrosivas.”, lo cual se coordinó por salubristas públicos y especialista en calidad en salud.

²¹ Ver folios 109-113 del archivo 069 - C01Principal – 1ª Instancia.

inadecuados, en primer lugar, al ser dado de alta por el primer médico general, que lo recibió por urgencias, sin lavado ocular exhaustivo y sin remisión urgente a oftalmología para extracción quirúrgica de los restos de cemento, los cuales deben retirarse puesto que perpetúan la lesión si permanece el químico en dicho sitio, el cual se adhiere a la conjuntiva y empeora la quemadura y las lesiones de los tejidos.”

(...)

“La gran condición de discapacidad, por la severa deficiencia visual desarrollada, está relacionada con la capacidad de daño de los tejidos de la sustancia química en el accidente de trabajo, pero también, por la falta de oportunidad y la falta de calidad del tratamiento, que hubiera podido eliminar o mitigar los efectos, extrayendo de inmediato el químico, con lavado exhaustivo desde la llegada a urgencias, con tratamiento quirúrgico inmediato por corneología y con un seguimiento adecuado por dicha subespecialidad”²².

Lo anterior fue ratificado en la vista pública del 7 de noviembre de 2.024, en la que tal perito reiteró que debió remitirse al paciente de manera urgente al oftalmólogo²³, y que el lavado que le realizaron en la atención del 19 de abril de 2.016 fue insuficiente, pues debía realizarse con varios litros de solución²⁴, aduciendo que no le pareció pertinente anexar a su pericia la bibliografía médica en la que basó tales afirmaciones, pues ello es muy claro según su experiencia²⁵.

En la misma diligencia tal perito también puso de presente que el objeto del dictamen, era determinar la pérdida de la capacidad laboral del paciente, sin recordar si se le contrató para analizar la atención médica dispensada²⁶.

Una segunda experticia, ésta decretada de oficio y elaborada por la médica SARA ESCOBAR CAMACHO -especialista en oftalmología y experta en uveítis y retina-, absolviendo tal experta el cuestionario relativo a la atención que el 19 de abril de 2.016 brindó el doctor PEÑUELA CHÁVEZ al paciente en referencia, después de describir la atención, dijo:

²² Ver folio 35 del archivo 069 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²³ Ver minuto 21:40 del archivo 136 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²⁴ Ver minuto 8:44 del archivo 136 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²⁵ Ver minuto 26:00 del archivo 136 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²⁶ Ver minuto 39:35 del archivo 136 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

“Según el “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos” del Ministerio de Salud y Protección Social, la atención contó con los lineamientos establecidos (en la historia no se establece la duración de la irrigación y tampoco establecen si cuentan con tira de medición del pH).”

Luego la misma experta afirmar que la decisión de dar de alta fue adecuada, eso sí, *“con orden de atención prioritaria por oftalmología (dentro de las siguientes 24 horas).”*, y que el seguimiento de la lesión (quemadura), correspondía a oftalmología mas no a medicina general, para seguidamente precisar cómo debe ser el lavado para la extracción del cuerpo extraño en ojo, particularmente, cemento, y los insumos a utilizar, así como su cantidad, de lo que dijo:

“El lavado de una quemadura por alcalí debe ser profuso / continuo durante mínimo 30 minutos con lactato de ringer o solución salina balanceada. La cantidad no se puede establecer ya que será la que se requiera durante el tiempo de los 30 minutos.”

“Idealmente, el lavado se debe realizar posterior a la aplicación de anestesia tópica ocular, aunque ésta no es obligatoria.”

“Se debe realizar de carácter prioritario y con las medidas que se cuenten, ej: irrigación con cánula.”

“El lavado busca regular el pH de la superficie ocular que ha sido alterado por la quemadura química. Pero la finalidad del lavado ocular no es el de extraer un cuerpo extraño. La extracción de un cuerpo extraño en la superficie ocular se determinará según su presentación. Debe ser realizado idealmente por un médico oftalmólogo y según su presentación puede requerir de una intervención quirúrgica. Cuando los cuerpos extraños están a nivel de los fondos de saco, pueden no evidenciarse en una consulta inicial porque son espacios que no están expuestos y que pueden almacenar cuerpos extraños sin ser evidenciados por un especialista en la lámpara de hendidura. Se evidencian cuando comienzan a “migrar” hacia la superficie. Y si estos cuerpos extraños están adheridos a la superficie ocular son imposibles de retirar con lavado y pueden llegar a requerir de una intervención quirúrgica... La cantidad de solución salina que se debe usar posterior a una quemadura por alcali se establece según la velocidad y diámetro de salida del dispositivo que se utilice para realizar el lavado con el líquido. Aparte de la cantidad, se debe tener en cuenta que la solución salina debe tener un contacto adecuado con la superficie ocular.”

En esos términos la experta en la materia, concluyó:

“Las atenciones prestadas en la Clínica Soma fueron atenciones oportunas (según el tiempo de llegada) y dentro de lo estipulado en las líneas de manejo de quemaduras químicas. La remisión inicial a consulta prioritaria de oftalmología se realizó correctamente. En el reingreso a urgencias de la Clínica Soma se realizaron esfuerzos extras que no son obligatorios dentro del manejo para que el paciente lograra una atención por oftalmología dado que la ARL otorgó una atención 6 días posterior al evento inicial (...)”²⁷.

En la audiencia del 27 de febrero de 2.025 la misma médico oftalmóloga ESCOBAR CAMACHO, sustentó su dictamen refrendando las respuestas allí constatadas, y a la pregunta *“¿cuándo un paciente llega con esa quemadura por concepto de cemento y no llega donde un profesional especializado cómo en el caso de ustedes sino donde un médico general, una IPS donde no cuenta con servicio oftalmológico, cuál es la primera ayuda diagnóstica o intervención que debe suministrársele para esa clase de lesiones?”*, respondió:

“En este caso cuando llegan donde un médico general, lo primero que tiene que hacer es tratar de valorar la piel que es lo más fácil que puede ver y después ver con una linterna, porque normalmente los médicos generales no reciben capacitación para manejar una lámpara de hendidura, como se encuentra la superficie del ojo, se encuentra roja que es lo que ellos pueden ver, si no se encuentra roja y muchas veces les van a hablar de lo que se llama tinción de fluoresceína, que no todos los médicos generales cuentan con la capacitación para hacerla (...) esto no se logra ver muy bien cuando uno es un médico general y menos en las primeras 24 horas. Después de esto lo primero que debe hacer el médico es optar por realizar un buen lavado de la superficie ocular para buscar disminuir el contacto que pueda tener el químico en la superficie del ojo, valorar en lo que pueda si hay o no un cuerpo extraño y si lo evidencia intentar retirarlo y aplicar una buena cantidad de ungüento, parchar el ojo y hacer una remisión prioritaria para oftalmología. Idealmente el paciente debe ser atendido en las siguientes 24 horas”²⁸

Más adelante a la pregunta *“¿ese protocolo se cumplió en el caso del paciente?”*, indicó: *“¡Se cumplió en el caso del paciente! De hecho, la atención la brindaron muy rápida, a menos de 5 minutos de haber ingresado el paciente a la clínica”²⁹.*

²⁷ Archivo 158 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²⁸ Ver minuto 10:35 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

²⁹ Ver minuto 13:32 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

A la pregunta *“también usted nos habló de que lo conveniente sería que el médico general remitiera a cita prioritaria ¿es así?”*, contestó: *“Sí, la remisión se realizó”*³⁰.

Después, a la pregunta *“¿de la revisión de la historia clínica en la primera atención en la Clínica SOMA por parte del médico general que vio en primera ocasión al paciente usted observó algo llamativo, inusual o que hubiese omitido el médico general de acuerdo con los protocolos de los que nos ha venido hablando de atención a pacientes con esta clase de quemaduras?”*, dijo:

*“No veo que el doctor Juan Carlos Peñuela Chavez haya pasado algo por alto para la formación que un médico general tiene en atención, de hecho, me llamó la atención lo rápido que fue atendido el paciente”*³¹.

A la pregunta *“también usted nos dijo que parte del protocolo es realizar un buen lavado ¿de la historia clínica podríamos concluir si ese lavado en efecto fue bueno, regular o malo?”*, adujo:

*“Es muy difícil y les voy a explicar por qué, porque depende mucho con que realizan el lavado cierto, entonces tengo para la demostración (...) con lo que hay en la historia clínica es muy difícil poder establecer cómo fue que hicieron ese lavado y es muy difícil poder garantizar, yo puedo tener personas que gasten 5000 CC de solución salina haciendo un lavado con un orificio gigante y un mal lavado que no le caiga en la superficie al ojo y yo puedo hacer lavados a mis pacientes con 200 CC de solución salina y que el lavado sea perfecto, entonces va a depender mucho de la técnica de lo que utilicen y de la velocidad, pero lo más importante cuando hay una quemadura por ácido o álcali es que apenas la persona tenga el contacto realice un lavado de mínimo media hora en el lugar del accidente, eso es lo único que se ha demostrado que puede en realidad generar una diferencia en el desenlace (...) el tiempo de lavado y la cantidad de lavado va a depender de como se hace el lavado”*³².

Más adelante a la pregunta *“¿Cuándo en términos médicos se habla de cita prioritaria se establece un término en horas para que se lleve a cabo esa cita?”*, adujo: *“las siguientes 24 horas”*³³.

³⁰ Ver minuto 14:00 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

³¹ Ver minuto 14:50 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

³² Ver minuto 15:39 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

³³ Ver minuto 20:31 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimeraInstancia.

Conforme lo anterior se colige que la atención que el doctor PEÑUELA CHÁVEZ le dispensó el 19 de abril de 2.016 en urgencias al señor GONZÁLEZ PALACIO, fue adecuada y conforme a la *lex artis*, pues como bien lo indicó la experta en oftalmología ESCOBAR CAMACHO tanto en el dictamen como en su sustentación, el facultativo tratante (médico general), brindó una atención oportuna y dentro del marco del protocolo dispuesto para las quemaduras en ojos por álcali.

Es claro que la atención al paciente en urgencias, fue tres (3) minutos después que le realizaran el *triage*, por lo que dada tal inmediatez, el caso se trató como una verdadera urgencia; además en esas el ahí médico tratante le realizó a GONZÁLEZ PALACIO por 10 minutos, irrigación con 250 CC de solución salina, sin que para el efecto se hubieran tenido que utilizar 4 o 5 litros de tal componente, o que dicha práctica se prolongara por más tiempo, pues como bien lo indicó la experta en oftalmología, lo importante para hacer un buen lavado ocular es la técnica que se utilice, nada más.

De ahí que si se quería endilgar mala praxis en la irrigación realizada, la demandante debió acreditar que el doctor PEÑUELA CHÁVEZ utilizó una técnica inadecuada al momento de hacer el lavado, no bastando para ello que se probara que en atenciones posteriores se encontraran más cuerpos extraños en el globo ocular del paciente.

Y es que como también lo manifestó ESCOBAR CAMACHO, la finalidad de esa práctica inicial no es extraer el cuerpo extraño, en este caso cemento, ya que el mismo no se logra evidenciar bien en las primeras 24 horas, pues tal extracción debe ser realizada por el especialista en oftalmología, pudiendo incluso requerirse intervención quirúrgica, tal y como aconteció en el presente.

La experta en referencia fue reiterativa en que el médico de urgencias, procedió adecuadamente al ordenar al paciente consulta prioritaria de oftalmología, pues ésta debe prestarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, haciendo especial énfasis en que es difícil que haya un centro de urgencias con el servicio requerido, y que no conoce un colega oftalmólogo que trabaje después de las 20:00 horas³⁴.

Ahora, en este punto es pertinente acudir al artículo 232 del C. G. del P., en cuanto a la apreciación del dictamen, donde frente al mismo el juzgador debe tener en cuenta “... *la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia...*” todo ello en contexto con “... *las demás pruebas que obren en el proceso.*”, donde con esto último también se cumple con lo previsto en el artículo 176 ibídem, en el sentido que “*Las pruebas deberán ser apreciadas en conjunto...*”.

Se hace la anterior cita normativa por cuanto la Sala no le dará mérito persuasivo a las conclusiones a las que arribó el perito MORALES BETANCUR, pues aparte que su especialidad es la salud ocupacional, disciplina distante de la científicidad de una propiamente clínica como la oftalmología, como es la de la experta antes referida, por lo que a esta altura la base para decir no es el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral que sufrió el paciente, sino, lo adecuado del tratamiento de cara a la *lex artis ad hoc*, lo que de manera sólida, clara, exhaustiva, precisa, fundada e idónea, expuso la doctora ESCOBAR CAMACHO.

Sin demeritar, ni más faltaba, pero en una materia técnico-científica, dista el concepto de un experto en temas clínicos, que otro que se acerca al manejo de asuntos administrativos. De ahí la preponderancia y el recibo que se le da al estudio oftalmológico. Cuestión diferente es

³⁴ Ver minuto 47:10 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

que tuviéramos superados los presupuestos axiológicos de la pretensión, y analizáramos indemnizaciones, pues ahí lo indicado por el especialista en salud ocupacional resulta clave para decidir.

Como conclusión parcial, ninguna de las conductas endilgadas al médico tratante fueron imperitas o negligentes; por el contrario, como se probó, se ajustaron a la *lex artis* médica, de ahí que se confirmará la sentencia atacada en cuanto a la desestimación de las pretensiones frente al doctor PEÑUELA CHÁVEZ y la CLÍNICA SOMA.

Sobre la pérdida de oportunidad:

En este punto la sentencia censurada se determinó que si bien MAPFRE erró al asignarle al paciente la cita con oftalmólogo para el 25 de abril de 2.016 -seis días después del accidente-, es ausente el nexo de causalidad entre tal conducta y el daño finalmente padecido, pues no hay certeza que con la atención oportuna, se hubiera dado mejoría o recuperación del ojo afectado; mejor dicho, se habría evitado la producción del resultado dañoso.

Vía alzada se quejan los demandantes sobre lo indicado por la perito ESCOBAR CAMACHO, en el sentido que la atención oportuna no garantiza la recuperación de la visión en un 100%, lo cual se acompasa con lo dicho en la revista científica allegada por la otrora demandada CASTILLO MACHETE, donde se establece que de los ojos que sufren una lesión severa por álcali, el 50% con el tratamiento presenta algún grado de mejoría visual, haciendo énfasis en que conforme las demás experticias allegadas al proceso, la gravedad de las lesiones depende del tiempo de la exposición de los tejidos a la sustancia.

Conforme el material probatorio allegado, debe dilucidarse si el paciente tenía alguna posibilidad de recuperación para el momento en que el

médico tratante le ordenó la cita con especialista en oftalmología, y si tal oportunidad fue cercenada por MAPFRE al asignarle tal servicio de manera tardía.

Respecto a la posibilidad de que con una atención oportuna por oftalmología se evitara el daño finalmente padecido por el paciente, la doctora ESCOBAR CAMACHO en su experticia a la pregunta “11. ¿Si la especialidad de oftalmología, dentro de los tres días siguientes a la atención de salud del 19 de abril de 2016, era necesaria? Y, ¿hubiera evitado las lesiones definitivas dictaminadas por la Junta De Calificación de Invalidez”, indicó:

“La atención por la especialidad de oftalmología si era necesaria en este caso ya que se trataba de una quemadura de la superficie ocular con alcalí (cemento). Las quemaduras de la superficie ocular son urgencias oftalmológicas y deben ser atendidas idealmente en las primeras 24 horas del evento. Poder determinar que si la atención dentro de los primeros tres días hubiera evitado el desenlace final del estado ocular del paciente es imposible, dado que no sabemos con exactitud cómo fue el accidente laboral.”

“- Cómo estaban siendo utilizadas las gafas de protección personal”

“- Cuánta cantidad de cemento alcanzó a tener contacto con la superficie ocular”

“- Si se realizó un lavado profuso durante 30 minutos de la superficie ocular en el área del accidente.”

“- Al cuánto tiempo de la exposición al cemento llegó el paciente por primera vez a urgencias de la Clínica Soma.”

“Las quemaduras por alcalí tienen peores desenlaces que las quemaduras por ácido. Y según los factores mencionados anteriormente, así el paciente hubiera tenido una atención inicial por un especialista en oftalmología, NO garantiza un resultado visual favorable.”

“Lo único que nos garantiza un resultado visual favorable, es que el paciente nunca hubiera tenido una quemadura ocular.”³⁵

En la vista pública instructiva la experta ESCOBAR CAMACHO reiteró que las quemaduras por álcali son más agresivas que las de ácido, pues causan mayor daño en la superficie ocular, siendo de suma importancia que la persona afectada haga un lavado de mínimo media hora en el lugar del accidente, actitud que puede ser diferencial en el desenlace³⁶.

³⁵ Ver folio 9 del archivo 158 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

³⁶ Ver minutos 9:05 y 17:30 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

También adujo que en este tipo de casos hay que partir de la premisa que lo único que hubiera evitado el desenlace es que el accidente no se hubiera presentado, y que presentado el suceso lo que busca la atención en el paciente con quemaduras en los ojos, es disminuir un posible daño, pero no garantiza que eso suceda, pues ello depende de cómo ocurrió el hecho, la cantidad de álcali que ingresó al globo ocular, y que tan rápido el afectado se hizo un lavado³⁷.

La misma experta a la pregunta “*de cara al tiempo en la asignación de la cita, usted nos habla de 6 días ¿eso tiene trascendencia en los daños sufridos por el paciente?*”, dijo: “*Es muy difícil de establecer eso porque vuelvo a lo mismo, todo depende de que tan rápido fue el primer lavado que se realizó el paciente al estar en contacto con el álcali*”³⁸.

Después, a la pregunta “*¿esa atención prioritaria que ordenó el médico general en la primera atención en el SOMA se hubiera llevado a cabo dentro de las 24 horas que usted nos señaló que es en el término en que se debe atender esa prioridad se hubiese evitado que el paciente sufriera los daños que se describen en la demanda a raíz de la quemadura con álcali?*”, expuso: “*No, no lo hubiera evitado, lo que uno puede lograr que ocurra en las siguientes 24 horas es que el paciente sea ya atendido por un especialista, que tenga un manejo más dirigido, pero eso no garantiza un resultado favorable después de haber recibido un accidente por exposición a químico*”³⁹.

A la pregunta “*¿ni siquiera con una atención por parte de especialistas dentro de las 24 horas siguientes se hubiese evitado el daño que sufrió el paciente?*”, contestó que “*Lastimosamente, no*”⁴⁰.

³⁷ Ver minuto 24:45 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

³⁸ Ver minuto 27:00 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

³⁹ Ver minuto 37:30 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

⁴⁰ Ver minuto 38:10 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

Posteriormente al cuestionamiento *“manifiéstele al Despacho si la prontitud en la atención influye de manera directa o indirecta en la posibilidad de recuperación de la vista por quemadura de álcali”*, adujo: *“No influye”*, aclarando que la quemadura por álcali se causa inmediatamente⁴¹.

Frente al cuestionamiento *“¿dentro de la experiencia que usted ha tenido algunas personas se han recuperado de estas quemaduras?”*, dijo: *“De álcali, no (...) normalmente el desenlace lastimosamente siempre es el mismo, que se tarde un día o una semana más en llegar al desenlace es diferente”*⁴².

Después, al preguntársele *“¿en qué casos se podría salvar la visión?”*, expuso: *“Uno no puede determinar que va a salvar la visión de un accidente por químico, nunca”*⁴³, poniendo de presente que ha tenido más o menos diez (10) pacientes por quemadura de álcali, y ninguno de ellos ha recuperado la visión en su totalidad.

Entonces, según lo indicado por la experta en oftalmología, no es posible determinar que de habersele brindado al paciente una atención inmediata por oftalmología éste hubiera tenido una oportunidad cierta y seria de mejoría, o de evitar total o parcialmente la pérdida de la visión de su ojo derecho.

Y es como bien lo expuso la doctora ESCOBAR CAMACHO, las quemaduras por álcali son tan graves que la mejoría o la intensidad del daño dependen de la cantidad de material que ingresó al globo ocular, del lavado inmediato que se hizo el afectado en el lugar del accidente,

⁴¹ Ver minuto 1:03:50 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

⁴² Ver minuto 1:06:20 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

⁴³ Ver minuto 1:07:55 del archivo 164 - C01Principal - 01PrimerInstancia.

y el tiempo transcurrido entre la exposición con el cemento y el momento de la atención por urgencias.

Arguyen los actores que de las pruebas documentales y de las otras experticias arrimadas, puede extraerse que existe un 50% de posibilidad que los ojos afectados con lesión por álcali severa, presenten algún grado de mejoría si se dispensa un tratamiento oportuno; no obstante, como se vio, la existencia de ese chance depende de las particularidades del caso, desconociéndose en las presentes las condiciones puntuales en las que se encontraba el paciente al momento en que el médico tratante le ordenó la consulta prioritaria por oftalmología el 19 de abril de 2.016.

Se desconoce en este caso si las secuelas por las quemaduras eran irreversibles, si ya se habían materializado al momento de la primera atención por urgencias, o si en efecto había alguna posibilidad de mejoría, debiendo ser tal incógnita despejada por los demandantes mediante medios probatorios, en aras de acreditar la pérdida de la oportunidad y el necesario nexo de causalidad. Incluso hay incertidumbre del lavado que se hiciera en el lugar y momento del accidente.

En este punto y para no ser redundantes, con los argumentos ya expuestos, la Sala reitera la valía que le da a la experticia de oftalmología frente a la de salud ocupacional.

Así, era carga de la parte demandante acreditar que se tenía la posibilidad de evitar el daño padecido y por el que se demanda, si se hubiera contado con la atención inmediata de especialista en oftalmología, pudiendo ser tal carga únicamente satisfecha a través de una prueba técnica donde se tuvieran en cuenta circunstancias como la cantidad de cemento a la que se expuso el globo ocular, qué tan

eficiente fue el lavado que se hizo el paciente al momento de suceder el accidente, y la gravedad de las lesiones ocasionadas desde el primer contacto con el álcali hasta la atención en urgencias.

De tal manera, no es posible determinar que la conducta imputada a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. le cercenó al paciente la oportunidad de mejorar su visión, o de evitar en algún grado o porcentaje el daño padecido, pues como se indicó en la jurisprudencia atrás citada, más allá del alea del resultado esperado por el damnificado, la oportunidad cuya pérdida se alega debe ser cierta y comprobable, so pena desdibujarse el nexo causal entre la acción que se le cuestiona al demandado, y el daño cuya reparación se deprecia.

De lo expuesto se concluye que los demandantes desatendieron la carga que les impone el artículo 167 del Estatuto Procesal Civil, que desarrolla el principio de “*onus probandi incumbit actori*”, según el cual es deber de las partes probar el supuesto de hecho de las normas para obtener el efecto jurídico perseguido, debiendo el juez fundar sus decisiones en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso (artículo 164 *ibídem*), por lo que sus pretensiones corren la suerte del fracaso, sentido en el cual se confirmará la decisión atacada.

CONCLUSIONES:

1. La atención médica dispensada al paciente el 19 de abril de 2016, se ajustó a la *lex artis* médica, descartándose la conducta culposa de los accionados.
2. Al ser incierta la oportunidad que tenía el paciente de evitar el desenlace finalmente acaecido, así hubiera recibido atención oportuna por especialista en oftalmología, no es posible

Firmado Por:

**Jose Omar Bohorquez Vidueñas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Jorge Martin Agudelo Ramirez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
Funcionario
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,**

**Sergio Raul Cardoso Gonzalez
Magistrado
Sala 001 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

Firma Con Salvamento De Voto

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:

9af40f0b8f828e33a9dd58f6c15a52926b9d182049311968151acf01368015ad

Documento generado en 10/03/2026 03:47:27 PM

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

Medellín, diez (10) de marzo de dos mil veintiséis (2026)

Radicado: 05001310301720200023301

SALVAMENTO DE VOTO

Me aparto de la decisión mayoritaria porque considero que desconoce el marco teórico que esta Sala Primera acogió en sentencia del 20 de agosto de 2024 con base en la SC456-2024:

*"El juez debe, inclusive, analizar acuciosamente los hechos para interpretar correctamente la demanda y establecer el tipo de responsabilidad médica pretendida; por el daño definitivo padecido por el paciente, o por la pérdida de la oportunidad de sanar la enfermedad o de sobrevivir. Se trata de una teoría residual cuando no sea posible atribuir al agente dañoso el perjuicio final."*¹

En este caso el demandante fue claro desde la formulación de la acción en el sentido de precisar que reclama por la pérdida de oportunidad que se concreta en el indebido proceder en la atención inicial de urgencias y la falta de remisión oportuna a oftalmología²:

19. Así, la Oftalmóloga ÁNGELA CASTILLO, reconoce falla médica por pérdida de oportunidad y desde ese momento indica mal pronóstico visual, por dos factores específicos, el primero por la remisión tardía con la Oftalmóloga y el segundo porque le dejaron restos abundantes de concreto en el saco.
20. La pérdida de oportunidad aconteció, porque se dejó concreto en el ojo por cuatro días, lo que generó la quemadura de dicho órgano (OD).

¹ Radicación 05001310300520230000301 MP Martín Agudelo Ramírez.

² Archivo 008SubsanaDda.

En efecto, en la alzada discute la demandante haber probado la culpa de los demandados porque desatendieron el Protocolo (Resolución 4568 de 2014), en cuanto a la irrigación del ojo mediante lavado profuso por 30 minutos hasta la remisión a un mayor nivel de complejidad, contrariando el tratamiento adecuado de la urgencia oftalmológica y, porque no garantizaron tal atención oportuna, pues la cita prioritaria fue asignada para 6 días después del accidente.

En criterio del suscrito, el análisis conjunto de las pruebas permite concluir culpa en la conducta del médico, la IPS y la ARL, suficiente para estructurar la pérdida de oportunidad reclamada.

A diferencia de la postura predominante, que afirma que el médico Peñuela *“no se tenía que ceñir estrictamente al protocolo en cuestión”*. Considero que es el propio dictamen pericial rendido por la oftalmóloga Sara Escobar Camacho la experticia que indica que dicho protocolo sí constituye el parámetro de conducta de los profesionales de la salud en este caso, pues el primer cuestionamiento que se le formuló fue *“¿Cuál es protocolo de atención que debe agotarse para la atención de cuerpo extraño en ojo, por sustancia alcalina -cemento-?”*, a lo que la especialista respondió *“El protocolo de atención para quemadura”* y ese fue el único fundamento citado en su bibliografía³:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos” Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 4568 del 16 de octubre del 2014.

Afirmar lo contrario, como lo hizo la posición mayoritaria, precisamente constituye un argumento retórico porque no hay ninguna evidencia médica que lo sustente y, de tal forma, desconoce su propia tesis inicial acerca de que la *“culpa probada no puede es (sic) producto de*

³ Archivo 158DisctamenCendesCes.

inferencias lógicas o ejercicios intelectivos que hagan legos en medicina”.

Por el contrario, fue la misma perito, quien precisó en su dictamen, y posteriormente lo reiteró en la sustentación, que conforme al Protocolo el manejo adecuado del accidente consistía en el lavado profuso por 30 minutos y remisión a urgencias oftalmológicas que no excediera las 24 horas. Criterio que se aprecia precisamente en el Protocolo:

11.2.4. Manejo de quemadura en ojos

Los ataques con agentes químicos suelen dirigirse hacia la cara afectando con frecuencia los ojos (30-50%)^{xii}.

El manejo ocular debe iniciarse en el lugar de la agresión y continuarse en urgencias mediante irrigación continua con Lactato de Ringer (figura 10) por periodos de 30 minutos evaluando el pH entre cada irrigación en caso de que se cuente con la cinta para medir el pH. Las que se utilizan en los laboratorios clínicos para los análisis de orina pueden servir para este fin. (figura 11). Si no se cuenta con la cinta continuar la irrigación ocular hasta la remisión a un nivel de complejidad mayor o hasta que el concepto del oftalmólogo indique lo contrario si se cuenta con este.

Las capturas de pantalla que se incorporaron a la decisión, dan cuenta precisamente de que la atención inicial de urgencias del 19 de abril de 2016 desatendió en duración lo indicado, pues el lavado se limitó a **10 minutos** y, careciendo del servicio especializado, se dio de **alta** al paciente sin garantizar la remisión al nivel de complejidad necesario (urgencia oftalmológica):

DIAGNOSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNOSTICO	CODIGO DX	ESTADO INICIAL
"CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO"	T159	Confirmado

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Causa externa: ACCIDENTE DE TRABAJO

Plan de Manejo: PAciente con cuerpo extraño en ojo derecho. Se ordena lavado ocular y posterior oclusion del mismo.

ORDENES MEDICAS

ACTIV. MEDICO DELEGADAS

19/04/2016 20:25: Observacion

Cantidad: 1

LIQUIDOS E INFUSIONES

19/04/2016 20:25: SOLUCION SALINA 0.9%

Datos Clínicos: TOTAL: 250 ml

- 10 MINUTOS

Justificación: lavado

Fecha: 19/04/2016 20:55

CAUSA DE EGRESO: ALTA

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

CONDICIONES GENERALES SALIDA:

PLAN DE MANEJO:

"CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO" T159

Salte por sus medios

Alta con formula

Incapacidad

orden para valoración por oftalmología ambulatoria

SI.

ACCIDENTE DE TRABAJO

INCAPACIDAD FUNCIONAL:

TIPO DE INCAPACIDAD:

ORDENES MEDICAS EXTERNAS

MEDICAMENTOS

19/04/2016 20:57: NIMESULIDA TABLETA 100 mg, 100 MILIGRAMO, ORAL, C/ 12 HORAS, 05 DIAS

Recomendaciones de Prescripción: tomar una cada 12 horas

19/04/2016 20:57: CODEINA+ACETAMINOFEN (30 mg/500 mg) TABLETA, 1 TABLETA, ORAL, C/ 8 HORAS, 07 DIAS

Recomendaciones de Prescripción: tomar una cada 8 horas

INCAPACIDAD

19/04/2016 20:58: Accidente de Trabajo

Justificación: dx: cuerpo extraño en ojo DESDE: 2016/04/19 HASTA: 2016/04/23, DURACIÓN:5 Dia(s)

INTERCONSULTAS

19/04/2016 20:59: OFTALMOLOGIA

Datos Clínicos: Trabajo en construcción. Sufre accidente laboral. Le cae concreto en el ojo derecho

Justificación: Valoracion prioritaria por oftalmología

Firmado por: JUAN CARLOS PEÑUELA CHAVEZ, MEDICINA GENERAL, Reg: 91528405

Con relación a la falla médica son coincidentes y muy dicientes las notas médicas del 22 de abril de 2016. Se trata, respectivamente, de la segunda atención por urgencias en Clínica SOMA, en la que se realizó el lavado profuso que no se llevó a cabo en la atención inicial y se inició

el proceso de remisión a oftalmología y, de la valoración por la especialidad en la que se dejó expresa constancia de la *gran falla* por consulta tardía⁴:

PLAN

wilmar de 36 años que sufrea accidente laboral al sufrir quemadura por alcalis (cemento) ahora con abundante cemento en ojo se realiza irrigacion con abundante liquido(5000cc por ahora) , ademas manejo antibiotico oftalmico y manejo con oclusiones e parcha , s e inicia proceso de remision urgente a institucion que cuente con oftalmologia por alto riesgo de perdida ocular pro clinica del paciente (disminucion dramatica de agudeza visual , cornea ulcerada completamente)

Se explica al paciente gravedad del cuadro clinico, gran falla en consulta tardia 4 dias despues para inicio manejo oftalmologico, pronostico visual reservado 40 acuerdo a evolucion, importancia inicio toda la medicacion URGENTE segun lo indicado, control diario estricto, entiende y acepta. Se inicia manejo con: Lente contacto terapeutico. Sonhieren 1 nota cada 4 hora. Oculista visita 4 veces por semana.

Las sospechas de daño reclamado que surgen de las notas referidas se dilucidan y confirman en grado de certeza al consultar la normatividad específica en la materia, que permite afirmar la desatención del deber de asistencia en salud para el caso en concreto. Así: i) los artículos 5 y 80-d del Decreto 1295 de 1994, la asignan a las ARL la función de garantizar a su cargo la prestación de los servicios de salud a que tienen derecho sus afiliados; ii) el artículo 4 del Decreto 412 de 1992 establece la responsabilidad de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencia, precisando que *“La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, **si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora**”* y; iii) el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016 establece el proceso de referencia y contrarreferencia, en virtud del cual *“es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones”*.

⁴ Archivo 002Demanda páginas 37 y 44.

En suma, las pruebas señaladas y las normas que regulan la prestación del servicio de urgencias permiten concluir que en este caso se desatendió el Protocolo que regulaba la atención inicial de urgencias porque no se efectuó el lavado con la duración indicada y se dio de alta al paciente, pese a que se emitió remisión por oftalmología, dejándolo así por fuera de la red de urgencias, desconociendo el conjunto de acciones necesarias para el caso y contrariando el deber de coordinación entre las prestadoras del servicio. Tal yerro de conducta es atribuible e implica responsabilidad civil para el médico Peñuela Chavez, la Clínica SOMA y ARL MAPFRE, pues desconocieron el estándar de calidad en la atención, los parámetros mínimos, la racionalidad científica, la norma técnica aplicable, la culpa de su parte está probada.

Con relación al nexo causal, la decisión de la que me aparto insiste en que la perito Escobar Camacho afirmó que la atención oportuna no hubiera garantizado mejoría ni recuperación y, ciertamente, ella dictaminó que *“una atención inicial por un especialista en oftalmología, NO garantiza un resultado visual favorable”*, pero lo hizo en un contexto de contraste con la ausencia de accidente, pues a renglón seguido manifestó *“Lo único que nos garantiza un resultado visual favorable, es que el paciente nunca hubiera tenido una quemadura ocular”*. Por tal razón, sus afirmaciones deben ser bien ponderadas, para no caer en un argumento absurdo, pues resulta impertinente afirmar que no hubiera acontecido el daño de no haber acaecido el accidente, tal hipótesis resulta ajena al litigio, en el que la cuestión es que, dado el accidente, se requería de atención médica.

Bien ponderado el dictamen, lo que quiso expresar la experta es que de cualquier forma habría afectación en la visión, pero de ninguna manera que el accidente fuera fatal o irreversible, por el contrario, de la sustentación deriva que la atención oportuna tiene un propósito y es

mitigar los efectos dañinos. Así lo afirmó la perito al indicar que la oportunidad sí incide en la detención del daño:

2. ¿Qué incidencia tuvo en la evolución y el pronóstico del paciente, el tiempo que transcurre entre el evento accidente de trabajo y la valoración con especialista en oftalmología que le fue asignada por la ARL?

Respuesta: Las lesiones oculares como las presentadas en este caso son consideradas urgencias oftalmológicas, la gravedad de las lesiones depende del tiempo de exposición de los tejidos a la sustancia, entre más pronto sea definido el manejo requerido y se le brinde, mayor es la posibilidad de poder parar el daño tisular, en este sentido la demora en el acceso a un especialista que definiera dicho manejo influye en la evolución y pronóstico de la patología presentada por este paciente.

En el mismo sentido lo indica la introducción del Protocolo. Y es que no tendría sentido su expedición si este tipo de accidentes resultaran irremediables:

1. INTRODUCCIÓN

El presente *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* busca garantizar que las víctimas de estos ataques, principalmente mujeres, reciban en cualquier institución de salud una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental y se desarrollen las acciones que les garanticen el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados.

El precedente contenido en la sentencia SC456-2024 surgió precisamente para resolver aquellos casos de responsabilidad civil médica en los que existe incertidumbre causal con el daño final a la salud, obsérvese:

“Especial importancia merece el estudio de la relación de causalidad en estos eventos, toda vez que la misma no se analiza de cara al resultado final constitutivo del daño, sino a la pérdida de la oportunidad de evitarlo. En esas condiciones,

la verificación del nexo causal supone acreditar que, con ocasión de la acción u omisión culposa del agente, la víctima vio frustrada o truncada definitivamente una posibilidad, lo que se traduce en un daño cierto y actual, independiente del resultado final.”

De tal forma, cuando se demanda la “*pérdida de chance*” lo que corresponde no es analizar el vínculo entre la culpa y el daño a la salud, sino la relación entre esa culpa y el daño por pérdida de la oportunidad que, traducido al caso bajo estudio, significa que aquí no se tenía que examinar si la pérdida de agudeza visual provino de la desatención del Protocolo, sino si tal desatención significó la supresión de una expectativa cierta, seria y actual de *manejo adecuado del accidente laboral*, que en criterio del suscrito sí se demostró.

Es que no se trata de cualquier oportunidad, sino de una expectativa real que en este caso es manifiesta porque la víctima acudió de inmediato al servicio de urgencias, aproximadamente 2 horas después del accidente y, por ende, podía aguardar con verdadera esperanza que la atención de su urgencia se realizara de manera adecuada, esto es, dentro de las 24 horas siguientes conforme a las indicaciones del Protocolo y de la perito Escobar Camacho. Su condición no era una mera ilusión, sino una verdadera situación fáctica y jurídica idónea para aspirar al tratamiento adecuado (Protocolo), sin embargo, lo que recibió en la práctica fue un procedimiento inadecuado en tiempo de lavado y remisión a oftalmología, pues quienes debieron proceder de manera coordinada y en condiciones de calidad a la prestación del servicio (médico, IPS y ARL) realmente desconocieron el procedimiento aplicable y no solo le prestaron una atención de urgencias pronta pero inadecuada en tiempo de lavado y, debiendo garantizar la disponibilidad y suficiencia del servicio de oftalmología carente en Clínica SOMA, pusieron al paciente al margen del sistema, lo que los hace responsables en el contexto de la atención de urgencias regulada en

Protocolo, pues a la luz del artículo 4 del Decreto 412 de 1992, su responsabilidad comprendida al menos hasta el momento en que el paciente ingresara a la entidad receptora.

En conclusión, la víctima demandante tenía una ventaja a su favor, por las condiciones de tiempo, modo y lugar en las que acudió al servicio de urgencias podía aguardar con carácter real y serio la oportunidad de haber recibido el manejo adecuado de su patología (Protocolo), pero la conducta de las demandadas le sustrajo esa posibilidad, perjuicio susceptible de reparación, independientemente de la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría o no producido, lo cierto es que, se le cercenó una expectativa legítima y por ello debieron responder las demandadas.

En este caso, lo que se discute en segunda instancia no es la pérdida de la visión (daño final), sino la pérdida de oportunidad del *manejo adecuado del accidente laboral*, para lo cual se disponía de un Protocolo que establecía el deber de conducta y la oportunidad en la prestación del servicio y de un marco jurídico de atención de urgencias que permiten afirmar sin duda que se desatendió la *lex artis* porque ni el lavado ni la remisión a oftalmología se ajustaron a lo indicado.

Entender -como lo plantea la postura mayoritaria- que la parte demandante debió probar qué tan eficiente fue el lavado realizado para demostrar la pérdida de oportunidad, desconoce que esta novedosa modalidad de daño tiene origen en la necesidad de facilitar probatoriamente una verdadera afectación de un interés que surge de un daño autónomo y, por tanto, no se puede endurecer la carga probatoria a cargo del paciente demandante al punto de hacerla más rigurosa que la propia de una responsabilidad médica respecto del daño final. Lo que se requiere es certeza de la expectativa (manejo adecuado al Protocolo), la incertidumbre acerca del resultado es connatural a la

institución, luego no puede convertirse en una talanquera para la prosperidad de la acción.

(Firma electrónica)

SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ

Magistrado

Firmado Por:

Sergio Raul Cardoso Gonzalez

Magistrado

Sala 001 Civil

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: **8f2e340d91ddd7b9d475e7b63d53826df3a1c622196692ecf556f58e09e5e959**

Documento generado en 10/03/2026 03:13:07 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>