

HONORABLES MAGISTRADOS
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ - SALA CIVIL
MAGISTRADA PONENTE: DRA. ANGELA MARÍA PELÁEZ ARENAS.
E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL MÉDICA
DEMANDANTE: MARTHA SANDOVAL DELGADO
DEMANDADOS: FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ Y ALLIANZ
SEGUROS S.A.
RADICACIÓN: 11001310304120190052001
ASUNTO: MEMORIAL DESCORRIENDO TRASLADO DEL RECURSO
DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

ADRIANA GARCÍA GAMA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.867.487 de Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional No. 144.727 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderada de **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, por medio del presente escrito y dentro del término legal respectivo, comedidamente me permito alegar de conclusión en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL ESCRITO

Mediante auto del 20 de enero de 2025 se admitió el recurso de apelación interpuesto en contra de la sentencia de primera instancia y se corrió traslado a la parte apelante por el término de cinco días, de acuerdo con lo establecido en la Ley 2213 de 2022. El 31 de enero de 2025 se fijó en lista el traslado de la sustentación, concediéndole a la parte contraria el término de cinco días (que vence el 10 de febrero) para ejercer su derecho a réplica.

En consecuencia, al momento de radicar este escrito nos encontramos dentro de la oportunidad procesal debida.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA – PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS REPAROS CONCRETOS CONTRA LA PROVIDENCIA

De acuerdo con el artículo 320 del Código General del Proceso, *“el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.”*

Con base en dicha disposición, dirigiremos nuestras alegaciones estrictamente a controvertir los argumentos expuestos por la actora en su recurso, para concluir tempranamente que en nuestra opinión y con base en el material probatorio recaudado, no le asiste ninguna razón a la solicitud de revocar la sentencia que le fue adversa que, contrario a lo sugerido por el vencido, es una providencia profunda, apegada a la realidad probatoria recabada, que expone con claridad y profundidad los hechos descartados y la inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad pretendida, de acuerdo con los presupuestos legales y las directrices jurisprudenciales y doctrinales aplicables a la responsabilidad médica en Colombia.

1. INSUFICIENCIA ARGUMENTATIVA Y CARENCIA DE SUSTENTO EN EL RECURSO DE APELACIÓN

La jurisprudencia ha sido clara al señalar que la apelación no debe ser utilizada como un medio para *“probar suerte”* ante el juez superior cuando la decisión de primera instancia es jurídicamente acertada. En este sentido, ha sostenido que:

“Particularmente, si la decisión inicial es correcta, la apelación no debe convertirse en el instrumento a través del cual se pretenda probar suerte ante el juez superior, sino que solo debería acudir a ella en aquellos supuestos en los que existan

elementos sólidos que den cuenta de que el juzgador de primera instancia incurrió en una equivocación. Eso explica por qué se exige que la apelación deba ser sustentada. Porque para controvertir una decisión judicial y provocar la intervención del superior, con lo que eso implica en términos de desgaste del aparato judicial, y en merma de la seguridad jurídica, es preciso mostrar razones serias que generen en el fallador una cierta duda sobre el asunto recurrido, o, al menos, que se planteen de manera clara y argumentada las razones de la discrepancia”¹. (subrayado fuera del texto original).

Bajo esta premisa, el recurso de apelación debe cumplir con una carga argumentativa suficiente que justifique la intervención del juez de segunda instancia, pues no se trata de una instancia adicional en la que pueda intentarse una nueva valoración del expediente sin fundamentos sólidos. Como ha señalado la jurisprudencia, el apelante debe demostrar de manera clara y estructurada la existencia de errores sustanciales en la decisión impugnada, aportando razones de peso que generen en el fallador superior una duda razonable sobre la corrección del fallo de primera instancia.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la parte apelante se ha limitado a reiterar los hechos expuestos en la demanda, sin aportar cuestionamientos fundamentados que controviertan de manera clara los fundamentos de la decisión recurrida. Específicamente, las primeras cuatro páginas de la sustentación del recurso son una repetición literal de los hechos de la demanda sin aportar análisis jurídico alguno que evidencie un error en la decisión impugnada:

Escrito de Demanda

HECHOS:

1. El Señor **JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA** (Q.E.P.D), se le practicó una quirúrgico consistente en aislamiento de venas pulmonares el día 27 de Junio de 2017,
2. Que luego del procedimiento presentó derrame pericárdico posterior al procedimiento, al cual se realizó manejo médico,
3. Consulta al servicio de urgencia, dónde se le realizaron exámenes de laboratorio, y radiografía de tórax, los cuales se determinó que estos están dentro de límites normales y se da de alta,
4. Posteriormente el paciente, persiste taquicardios, por lo que se inicia valoración,
5. El 21 de Julio en horas de la tarde, acude al servicio de urgencias de la aquí Convocada, por reaparición de tos asociado a fiebre de 39° c, dolor torácico irritado a espalda y miembros superiores,
6. Se hospitaliza y se le efectúan exámenes de laboratorio, por sospecha de fistula esofágica secundaria,
7. Se inicia manejo médico con líquidos y antibióticos,
8. El mismo día., presenta 3 episodios de hematemesis, el Angiotac de tórax muestra colección mediastinal posterior, con evidencia de gas en su interior, sin paso del medio de contraste endovenoso a vía digestiva, hemograma con leucocitosis y neutrofilia,
9. En junta médica se dice efectuar procedimiento médico,
10. Luego de ello, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica,
11. se identifica fistula atrio -esofágica de la aurícula izquierda, en su pared posterior,
12. paciente una vez en cuidados intensivos, presenta deterioro de su estado neurológico, es valorado por neurología, quien estable., encuentran ausencia de signos de tallo cerebral,

Sustentación del recurso de apelación

2. Al Señor **JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA** (Q.E.P.D), se le practicó una quirúrgico consistente en aislamiento de venas pulmonares el día 27 de Junio de 2017,
3. Que luego del procedimiento, presentó derrame pericárdico posterior al procedimiento, al cual se realizó manejo médico,
4. Consulta al servicio de urgencia, dónde se le realizaron exámenes de laboratorio, y radiografía de tórax, los cuales se determinó que estos están dentro de límites normales y se da de alta,
5. Posteriormente el paciente, persiste taquicardios, por lo que se inicia valoración,
6. El 21 de Julio en horas de la tarde, acude al servicio de urgencias de la aquí Convocada,
7. por reaparición de tos asociado a fiebre de 39° c, dolor torácico irritado a espalda y miembros superiores,
8. Se hospitaliza y se le efectúan exámenes de laboratorio, por sospecha de fistula esofágica secundaria,
9. Se inicia manejo médico con líquidos y antibióticos,
10. El mismo día., presenta 3 episodios de hematemesis, el Angiotac de tórax muestra colección mediastinal posterior, con evidencia de gas en su interior, sin paso del medio de contraste endovenoso a vía digestiva, hemograma con leucocitosis y neutrofilia,
11. En junta médica se dice efectuar procedimiento médico,
12. Luego de ello, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica,
13. se identifica fistula atrio -esofágica de la aurícula izquierda, en su pared posterior,
14. paciente una vez en cuidados intensivos, presenta deterioro de su estado neurológico, es valorado por neurología, quien estable., encuentran ausencia de signos de tallo cerebral,

Escrito de Demanda

13. En tratamiento, se realiza Doppler de vasos intracraneales con picos sistólicos y flujo reverberante y antiotac cerebral y vasos de cuello que muestra escasa cantidad de gas intraparenquimatoso cerebral a nivel frontal bilateral y occipital, derecho, con signos de edema cerebral difuso., hay ausencia de flujo intracraneano,
14. Se considera que el paciente presenta muerte encefálica,
15. Se determina, muerte cerebral,
16. Se declara hora de defunción a las 13:46 horas del día 2 de Julio de 2019,
17. El pasado 17 de Julio de 2019, la aquí Demandante Señora **MARTHA SANDOVAL DELGADO**, por intermedio de Apoderado Judicial, solicita a la Demandada **LA FUNDACIÓN SANTA FE**, a Diligencia de que trata la Ley 640 de 2001, Diligencia de Conciliación, ante el **CENTRO DE CONCILIACIÓN ASOJUSTI**, entidad debidamente reconocida.

Sustentación del recurso de apelación

15. En tratamiento, se realiza Doppler de vasos intracraneales con picos sistólicos y flujo reverberante y antiotac cerebral y vasos de cuello que muestra escasa cantidad de gas intraparenquimatoso cerebral a nivel frontal bilateral y occipital, derecho, con signos de edema cerebral difuso., hay ausencia de flujo intracraneano,
16. Se considera que el paciente presenta muerte encefálica,
17. Se determina, muerte cerebral,
18. Se declara hora de defunción a las 13:46 horas del día 2 de Julio de 2019,
19. El pasado 17 de Julio de 2019, la aquí Demandante Señora **MARTHA SANDOVAL DELGADO**, por intermedio de Apoderado Judicial, solicitó a la Demandada **LA FUNDACIÓN SANTA FE**, a Diligencia de que tratada la Ley 640 de 2001,

Aunado a lo anterior, el resto del recurso de apelación formulado por la parte actora tampoco expone razones fundamentadas que cuestionen la providencia recurrida,

¹ Corte Constitucional, Sentencia SU418/19 del 11 de septiembre de 2019. Magistrado Ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez.

como se evaluará a detalle a lo largo de este escrito. En consecuencia, ante la evidente deficiencia argumentativa del recurso y la ausencia de elementos jurídicos y probatorios que justifiquen su prosperidad, resultaría procedente confirmar en su integridad la decisión de primera instancia, en atención a la jurisprudencia citada.

2. LA SENTENCIA APELADA SE FUNDÓ EN LAS PRUEBAS LEGALMENTE APORTADAS EN LA ETAPA PROCESAL CORRESPONDIENTE – SE DEMOSTRÓ CON SUFICIENCIA QUE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ ACTUÓ CONFORME A LOS DICTADOS DE LA CIENCIA MÉDICA.

En la sustentación, la parte apelante sostiene que no se logró demostrar el deber de cuidado y que existe un "*inmenso material probatorio*" que respalda lo expuesto en la demanda. Sin embargo, no identifica las presuntas pruebas específicas que sustentan su posición, ni formula un reproche concreto a la actuación de la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ. Asimismo, omite señalar de qué manera el fallo de primera instancia habría incurrido en un error en la valoración probatoria.

Estas imputaciones genéricas no sólo evidencian la carencia de sustento del recurso -la cual ya fue abordada en el acápite anterior-, sino que también dificultan el ejercicio del derecho de defensa, ya que no permiten identificar con claridad los hechos supuestamente acreditados por el extremo activo que deberían ser revisados por el superior jerárquico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se procederá a realizar un breve recuento fáctico -teniendo en cuenta las pruebas recaudadas en el proceso- de la atención médica suministrada al señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCIA el cual tiene como propósito aclarar su condición clínica, sus antecedentes y, por supuesto, la complejidad del caso clínico, precisando en orden cronológico los hechos más relevantes que rodearon su atención, las decisiones clínicas adoptadas y en general las particularidades propias de su enfermedad y tratamiento.

1. Tras un proceso diagnóstico completo y pertinente realizado en la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ en el año 2017, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ fue diagnosticado con fibrilación auricular. Como explicó el Dr. ALEJANDRO OLAYA SÁNCHEZ, médico especialista en medicina interna y subespecialista en cardiología, la fibrilación auricular es la arritmia más común a nivel mundial. Inicialmente, su origen se encuentra en las venas pulmonares, encargadas de transportar la sangre desde los pulmones hasta la aurícula izquierda y, posteriormente, al resto de la circulación. En este proceso, debido a la patología, algunas células comienzan a activarse de manera desorganizada, generando la arritmia².

En ese sentido, la fibrilación auricular se manifiesta con episodios de palpitaciones intensas, que, una vez aparecen, tienden a volverse progresivamente más frecuentes. Con el tiempo, esta condición no sólo deteriora la calidad de vida de los pacientes, sino que también aumenta el riesgo de eventos cerebrovasculares isquémicos, trombosis cerebral, insuficiencia cardíaca y una mayor tasa de mortalidad³.

2. El paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ, de la mano de los especialistas de la institución que represento, comenzó tratamiento farmacológico para controlar los episodios causados por la fibrilación auricular. Sin embargo, la frecuencia de los episodios aumentó de tal manera que le dificultaba llevar a cabo sus actividades diarias. En consecuencia, el especialista le propuso realizar un procedimiento

²Dr. Alejandro Olaya Sánchez (32:49). Audiencia de pruebas.

³Dr. Alejandro Olaya Sánchez (11:07). Audiencia de pruebas.

denominado aislamiento de venas pulmonares, considerado el más adecuado según la *lex artis ad hoc* para su condición específica⁴.

Este procedimiento es un tipo de ablación por radiofrecuencia complejo que consiste en sellar las venas que conectan los pulmones con el corazón, con el fin de prevenir el ritmo irregular. Tal como explicó el Dr. ALEJANDRO OLAYA SÁNCHEZ, se realizan quemaduras controladas en la pared de la aurícula mediante un catéter, a través del cual se aíslan o separan las venas pulmonares de la aurícula izquierda⁵.

- El 27 de junio de 2017, tras múltiples valoraciones registradas en la historia clínica, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ ingresó a la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ para someterse al aislamiento de venas pulmonares recomendado. Dicho procedimiento se realizó luego de haberle explicado detalladamente los riesgos y beneficios del tratamiento, los cuales fueron comprendidos y aceptados por el paciente, según consta en el consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO Y ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA

HOS-CI-100



Hospital Universitario
Fundación Santa Fe de Bogotá

Yo: José Alirio Gómez con tipo de documento:
 TI CC CE PA No. 14245825 en calidad de Paciente o
 Representante legal de: _____ con tipo de documento:
 RN RC TI CC CE PA No. _____ ; con diagnóstico
 de: Fibrilación sin VV

he sido informado (a) por el (a) doctor (a) Alejandro Olaya acerca de:

Departamento de Cardiología

Antes del procedimiento:

Este es un procedimiento invasivo, por lo tanto se habrán analizado las alternativas disponibles para tratar su caso y se habrán hecho los estudios necesarios antes de decidir hacerle un estudio electrofisiológico y ablación con radiofrecuencia . Tenga en cuenta que no es posible garantizar que el procedimiento será exitoso. Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardíacas, existencia de prótesis dentales, marcapasos y/o otros dispositivos electrónicos, medicaciones actuales y cualquier otro antecedente médico de importancia. Puede ser necesario cambiar o suspender algunos de los medicamentos que usted usualmente toma.

¿En qué consiste el Procedimiento?

Se le aplica anestesia local en la región de la ingle. A través de las venas o arterias de dicha zona se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por rayos X. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos cuando se conectan a un aparato estimulador externo. La ablación consiste en que una vez establecido el origen de la arritmia se procede a aplicar energía de radiofrecuencia con el fin de eliminar los focos productores de arritmias. A veces es necesario administrar algún fármaco para precisar el diagnóstico de la arritmia. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer después en cama algunas horas. Cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar variaciones por los hallazgos. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad, anemia, obesidad, falla renal), y los específicos del procedimiento:

- Es habitual notar palpitaciones en muchos momentos del estudio,

Calle 119 Nº 7 - 75 Bogotá D.C., Colombia - Teléfonos: (571) 603 0303 - Fax: (571) 657 5714 - Nit. 800001001-2
 Contactenos: info@fsfb.org.co - www.fsfb.org.co

- En muy contadas ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito o a la colocación de un marcapasos transitorio o permanente ante el bloqueo agudo de la conducción cardíaca. La mayoría de las veces
- Leve molestia en la zona de punción o la aparición de un hematoma que se reabsorberá, casi siempre, espontáneamente.
- Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (fibritis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica), algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente.

La mayoría de estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención mayor, en ocasiones de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está realmente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad siendo ésta infrecuente.

(...)

- Según la descripción quirúrgica y los distintos testigos técnicos que rindieron su declaración, el procedimiento se realizó con estricto cumplimiento de las guías de práctica clínica aplicables. Como fue explicado por los expertos, intraoperatoriamente el paciente presentó un derrame pericárdico leve, el cual fue detectado de inmediato y no generó compromiso hemodinámico⁶.

Como explicó el Dr. CARLOS ALBERTO TRIANA, anestesiólogo presente durante el procedimiento de aislamiento de venas pulmonares, el pericardio es una capa que rodea y protege el corazón, evitando la fricción durante su movimiento. Todos tenemos líquido pericárdico en condiciones normales. En el caso del paciente, se observó un leve aumento del líquido como consecuencia del procedimiento; sin embargo, en ningún momento se presentaron alteraciones en

⁴ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (49:28). Audiencia de pruebas.

⁵ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (17:00). Audiencia de pruebas.

⁶ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (38:16). Audiencia de pruebas.

los signos vitales⁷. Dado que el derrame fue leve, dicha situación no tuvo ningún impacto en su estado de salud, como se explicó por los médicos tratantes.

5. El paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para su monitorización, de conformidad con los protocolos de manejo postoperatorio institucionales, por tratarse de una cirugía mayor.

Tal como relató al Despacho el Dr. CARLOS ALBERTO TRIANA, la evolución del paciente en el posoperatorio fue favorable. No requirió soporte ventilatorio, hemodinámico, ni inotrópico, y sus signos vitales se mantuvieron estables⁸. Adicionalmente, se solicitó un ecocardiograma y un electrocardiograma para el monitoreo del derrame pericárdico, sin que se evidenciaran complicaciones secundarias posteriores.

Finalmente, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ presentó un leve dolor torácico y dependencia de oxígeno, lo que levantó sospecha de tromboembolismo pulmonar. Como resultado, se solicitó un Angiotac de tórax, el cual permitió descartar dicha sospecha diagnóstica.

6. Como consta en la historia clínica, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ continuó evolucionando favorablemente, lo que permitió su alta hospitalaria, con una incapacidad de 20 días, prescripción farmacológica y una orden de control por consulta externa con un nuevo Holter. Además, se le explicó detalladamente los signos y síntomas de alarma para que acudiera al servicio de urgencias.
7. El 5 de julio de 2017, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ acudió al servicio de urgencias de la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ como consta en la historia clínica, siendo relevante que a su ingreso no presentaba fiebre, hemoptisis, ni dolor torácico. Considerando su reciente antecedente quirúrgico, se consideró pertinente descartar un tromboembolismo pulmonar, por lo que se solicitó un electrocardiograma, una radiografía de tórax y un dímero D, en total concordancia con la *lex artis ad hoc*.

Como complemento de los exámenes realizados, se solicitó un Angiotac de tórax, con el cual se descartó tanto el tromboembolismo, como cualquier otra complicación derivada del procedimiento realizado semanas atrás. Posteriormente, el paciente fue dado de alta, con explicación sobre los signos de alarma para reconsultar y una orden de control ambulatorio.

8. El 18 de julio de 2017, el paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA regresó a la institución para su control con el Dr. OLAYA, quien documentó la resolución de la sintomatología previa y la ausencia de nuevos episodios de taquicardia. En esa ocasión, se ordenó un nuevo monitoreo con Holter de 24 horas.

Según lo indicó el Dr. OLAYA en su declaración, el paciente presentaba una evolución favorable, sin que en el examen clínico o paraclínico se evidenciara alguna señal de complicación derivada del procedimiento realizado⁹.

9. El 21 de julio, el paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA consultó en el servicio de urgencias de FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ debido a la aparición de fiebre y malestar general, lo que llevó al médico tratante a sospechar una posible fístula atrioesofágica.

⁷ Dr. Carlos Alberto Triana (1:24). Audiencia de pruebas.

⁸ Dr. Carlos Alberto Triana (1:29). Audiencia de pruebas.

⁹ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (40:58). Audiencia de pruebas.

Como explicó el Dr. OLAYA, la fístula atrioesofágica es una comunicación anómala entre la aurícula izquierda del corazón y el esófago, debido a la proximidad anatómica entre ambas estructuras¹⁰. Como lo expuso el testigo técnico, esta fístula constituye un riesgo inherente al procedimiento practicado:

(17:30) *Pregunta Despacho: Doctor Alejandro. ¿Esa fístula del esófago es una complicación inherente al procedimiento que usted le hizo?*

(17:44) *Sí, señora. Es una complicación que puede aparecer asociada al procedimiento de aislamiento de venas pulmonares¹¹.*

Además de ser un riesgo inherente al aislamiento de venas pulmonares, la fístula atrioesofágica es una complicación extremadamente rara y poco frecuente, como lo explicó el Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS, cirujano de tórax:

(4:48) *“Pregunta Despacho: Doctor, ¿ese es un riesgo e inherente ... en esta clase de operaciones de cirugías?*

(4:56) *Es un riesgo que está claramente escrito, no es una complicación frecuente, digamos, es una complicación rara, de hecho, es la primera que yo veo en mi vida como complicación de este procedimiento, pero claramente está escrito en la literatura y pues así se presentó en el paciente”¹².*

Adicional a lo anterior, la fístula atrioesofágica se caracteriza por ser un riesgo inherente cuyo acaecimiento no puede detectarse durante el procedimiento ni de manera temprana luego de su realización. Al respecto, el Dr. CARLOS ALBERTO TRIANA indicó ante el Despacho lo siguiente:

(1:33) *“Pregunta Despacho: Si existiera, una fístula que me hablan de fístula esofágico-pericárdica, si existiera esa fístula desde la asistencia que usted realiza. ¿Se podría determinar en ese momento de la cirugía?*

(1:34) *No, no, señora, no hay manera. No, no señora, no. En primera medida, digamos, nosotros no tenemos, no hay monitoria de ver cómo está el esófago en los pacientes. (...)¹³*

En concordancia con lo anterior, el Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS expresó lo siguiente en la audiencia de pruebas:

(5:21) *Pregunta Despacho: “¿Doctor, tiene usted conocimiento, por qué no se estableció, verificó en el momento de la cirugía del aislamiento de esas venas pulmonares?*

(5:35) *¿Por qué no se identificó? Porque eso es algo que no se da inmediatamente. Eso si es muy claro. O sea, eso es una cosa que se da con el transcurso de las, inclusive de semanas, sí”¹⁴.*

En ese sentido, la ciencia médica la clasifica como una complicación tardía, ya que sus manifestaciones aparecen semanas o meses después de la realización del aislamiento de venas pulmonares. Referente a esto, el Dr. OLAYA expuso lo siguiente en la oportunidad procesal correspondiente:

(17:54) *“Pregunta Despacho: Doctor Alejandro. Esa fístula, ¿Por qué no se detecta inmediatamente cuando usted está haciéndole la intervención?*

(18:08) *Lo que le digo es una complicación que aparece de forma tardía, está escrito en la literatura, se aparece más o menos hacia la segunda hasta la*

¹⁰Dr. Alejandro Olaya Sánchez (16:08). Audiencia de pruebas

¹¹ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (17:44). Audiencia de pruebas

¹² Dr. Luis Gerardo García-Herreros (4:56). Audiencia de pruebas

¹³ Dr. Carlos Alberto Triana (1:34). Audiencia de pruebas

¹⁴ Dr. Luis Gerardo García-Herreros (5:35). Audiencia de pruebas

sexta semana, incluso hasta dos meses después del procedimiento. No es una complicación que aparece ahí, incluso el paciente, la medida de fuerza o de examen diagnósticos que utilizamos para este proceso para diagnosticar este procedimiento es la tomografía. Al paciente se le hizo día siguiente por el por el derrame pericárdico se le hizo una tomografía en la cual no se vio ningún hallazgo sospechoso de esto¹⁵.

(...) Acá es una complicación que pueda aparecer tardíamente la quemadura o la lesión no suele ser inmediatas en lo que aparece, como me explico yo, como cuando uno tiene una ampollita que con el tiempo la ampollita talla y ahí es que aparece la fistula, que seguramente o en este caso la quemadura es mucho más profunda y aparece la fistula mucho tiempo después”¹⁶.

En la misma línea, el Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS, cirujano de tórax, expuso en la audiencia de pruebas lo siguiente en relación con la aparición tardía de la fistula atrioesofágica:

(18:30) Pregunta Despacho: “De acuerdo con sus conocimientos médicos, la fistula que se presentó, es decir, una fistula esofágica pericárdica, ¿constituye una complicación, digamos que se ve de manera posterior, incluso mucho tiempo después de la primera intervención o la literatura médica dice algo distinto?

*(18:41) No, no, es muy Claro y pues esto lo aprendemos en el análisis y en el estudio del de la complicación, **es una complicación que se da pasado, inclusive varias semanas después del procedimiento.** Es el efecto del calentamiento de la aurícula lo que hace que con el tiempo se pegue al esófago y se comuniquen eso, y eso no se da de manera inmediata, no se da ni en el procedimiento, ni siquiera los primeros días del procedimiento se da 2 - 3 semanas después que empieza a darse ese tipo de comunicación. Sí, entonces así se halla, así está escrito en la literatura y así se presentó en el paciente”¹⁷.*

10. Ante tal sospecha diagnóstica, el señor JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA fue hospitalizado de inmediato y se solicitó la intervención de múltiples especialidades, entre ellas infectología, cirugía de tórax, gastroenterología, electrofisiología y cirugía cardiovascular.

Lo anterior se debe a que la materialización de este riesgo, inherente al procedimiento de aislamiento de venas pulmonares, representa un escenario con un alto riesgo de morbilidad. Esto ocurre porque se genera una comunicación anómala entre el esófago, una cavidad por donde transitan restos de alimentos y aire, y el corazón, lo que permite que estos restos ingresen directamente al torrente sanguíneo¹⁸. En cuanto a las estadísticas de mortalidad asociadas, el Dr. OLAYA señaló lo siguiente:

“(...) debo agregar que desafortunadamente esta complicación, aunque aparece en menos del 1% de los pacientes que se operan con aislamiento de venas pulmonares, la mortalidad a pesar de todos los manejos que se hagan sobrepasa casi el 70% cuando se trata, o sea, cuando se hace un abordaje quirúrgico y cuando se hace manejo expectante, manejo médico, la mortalidad es del 100%”¹⁹.

Durante la realización del Angiotac de tórax con medio de contraste, el paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA presentó vómito con sangre, lo que impidió el paso del contraste al esófago y, en consecuencia, no permitió confirmar la presencia de la posible perforación esofágica sospechada. Se solicitó en consecuencia una

¹⁵ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (18:08). Audiencia de pruebas

¹⁶ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (21:40). Audiencia de pruebas

¹⁷ Dr. Luis Gerardo García-Herreros (18:41). Audiencia de pruebas

¹⁸ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (23:07). Audiencia de pruebas

¹⁹ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (24:00). Audiencia de pruebas

valoración interdisciplinaria por cirugía de tórax, cirugía cardiovascular, gastroenterología y electrofisiología, con el objetivo de definir la conducta a seguir y el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para monitoreo permanente.

11. Debido a la complejidad y alta mortalidad asociada a la reparación de una fístula atrioesofágica como ya hemos mencionado y considerando que su corrección requiere la intervención conjunta de cirugía de tórax y cirugía cardiovascular con apoyo de circulación extracorpórea, se llevó a cabo una Junta Médica para definir la mejor conducta a seguir.

La convocatoria de la Junta Médica fue la decisión más adecuada conforme a los dictados de la ciencia médica, ya que permitió un análisis integral y la toma de decisiones de manera conjunta, considerando el criterio de múltiples especialidades. Esto garantizó la evaluación de la mejor opción disponible para el paciente. Al respecto, el Dr. RENZO PINTO manifestó ante el Despacho lo siguiente:

(29:00) Pregunta Despacho "¿Por favor, por qué se toma la necesidad de hacer una junta médica, estaba tan grave el paciente?"

*(29:13) Sí, hay contexto, don Alirio, estaba delicado. Lógicamente, había presentado una, una hemorragia de vías digestivas, altas y en esos casos, **lo mejor para para la persona, para el paciente es tomar decisiones basadas en un consenso médico, y eso es lo mejor para el paciente realmente**"²⁰*

Tras el análisis realizado por el equipo de especialistas, se consideró crucial la realización de una endoscopia para identificar y localizar la ubicación de la posible fístula atrioesofágica. La endoscopia realizada por el gastroenterólogo reveló un orificio fistuloso a 30 cm de la arcada dentaria, lo que confirmó la sospecha de una fístula atrioesofágica tardía.

12. Es importante reiterar que esta complicación es extremadamente rara. Según lo informaron al Despacho los especialistas a cargo, es la única que se ha presentado a lo largo de su exitosa carrera profesional, tal como lo señaló el Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS²¹, y no se ha documentado ningún caso similar en la institución. En particular, el Dr. CARLOS ALBERTO TRIANA destacó lo siguiente sobre la rareza de la complicación:

*(1:35) Sí y esta complicación, yo, cuando usted se remite la literatura científica es una, digamos, o lo que le pasó a este paciente y uno lo mira **en el contexto de la literatura científica, es una cosa extremadamente rara, extremada, extremadamente rara, sí, ahora de que aprendemos, nosotros, por ejemplo, aquí lo mete un poquito de la parte personal mía es, nadie escapa a la estadística. Absolutamente nadie. Sí, cuando usted mira los artículos científicos se dice de tantos millones de personas que van a cirugía, les pasa a 5, les pasa eso a 5 les pasa eso. Entonces nadie escapa a la estadística, creo que es una de las primeras de conclusiones grandes de esto.**"²²*

13. Con la confirmación de la complicación, se ordenó una intervención quirúrgica inmediata para aislar la fístula y cerrar la comunicación auricular, seguida de una esofagectomía con exclusión esofágica. Esta cirugía era la única opción viable para el paciente, pues, como lo indicaron varios especialistas, de no realizarse el procedimiento, la mortalidad era del cien por ciento:

²⁰ Dr. Renzo Pinto (29:13). Audiencia de pruebas

²¹ Dr. Luis Gerardo García-Herreros (4:56). Audiencia de pruebas

²² Dr. Carlos Alberto Triana (1:35). Audiencia de pruebas

(11:37) *Pregunta apoderada FSFB: ¿Podría indicarle al despacho cuál es la mortalidad de una fístula esofágica si no se hace la reparación quirúrgica?*
(11:49) *No, pues, ciento por ciento, sí.*"²³

14. Como explicaron los testigos técnicos en su momento, inicialmente se procedió al cierre del defecto en la aurícula izquierda utilizando un parche. Sin embargo, debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente y al alto riesgo vital que implicaba continuar en ese momento, se decidió suspender el procedimiento y retomarlo, en la medida de lo posible, al día siguiente²⁴.

El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para su monitoreo y soporte vital avanzado debido a su condición crítica. Al ingresar a la Unidad, se observó que el paciente presentaba pupilas midriáticas no reactivas y ausencia de reflejos de tallo. Ante esta situación, se solicitó la realización de un Angiotac de cráneo y una valoración por neurología, quienes confirmaron, lamentablemente, el diagnóstico de muerte cerebral.

15. A pesar del lamentable desenlace, los testigos técnicos coincidieron en que el manejo brindado por la institución que represento se ajustó completamente a los dictados de la ciencia médica aplicables en el momento de la atención. En ese sentido, el Dr. CARLOS ALBERTO TRIANA indicó lo siguiente:

(1:30) *Pregunta apoderada FSFB: Doctor, desde el punto de vista de su especialidad y con base en su conocimiento de experiencia profesional. ¿Considera usted que el manejo brindado por el equipo en Salud de la Fundación Santa Fe al paciente se adecúa a los dictados de la ciencia médica aplicables al caso concreto?*

(1:30) ***Sí, sí, señora, completamente.** Estos son casos muy difíciles, muy complejos. El procedimiento que recibió el señor José Alirio es un procedimiento de mucha complejidad científica, de ese tipo de procedimientos no se hacen en todos los hospitales, son procedimientos que implican alto nivel, digamos de conocimiento y desarrollo científico por parte de la institución que presta el servicio. Desde mi punto de vista, pues muy, muy, 1000 de sí, sí, estoy completamente de acuerdo que ese paciente recibió todos los cuidados de manera oportuna y cómo se deben hacer las cosas de acuerdo a los mejores estándares de calidad científica, si señora*"²⁵.

Siguiendo la misma idea, el Dr. OLAYA expuso ante el Despacho lo siguiente:

(26:38) *Pregunta Despacho: Doctor Alejandro. ¿De acuerdo con el estudio, la revisión, la lectura que usted pudo haber realizado de la historia clínica, cree usted que el procedimiento, la atención, lo ordenado por los médicos estuvo acorde con la lex artis?*

(27:02) ***Sí señora,** pues apenas tuvimos el diagnóstico hicimos la tomografía, inmediatamente estuvimos llamando al cirujano de tórax. El paciente, entre ... el momento que llegó y que pasó a cirugía, creo que no corrieron más de 4 horas en hacerse el diagnóstico, que es un diagnóstico de muy alta sospecha y ... que no es fácil de realizar y de y en ser llevado a cirugía a pesar de que era una cirugía supremamente grande, entonces **yo la verdad sí creo que se hizo todo lo que estuvo en manos tanto de la institución como de los profesionales que abordaron el caso, pero desafortunadamente pues los resultados no fueron los mejores**"²⁶.*

En línea con lo anterior, el Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS indicó lo siguiente:

²³ Dr. Luis Gerardo García-Herreros (11:49). Audiencia de pruebas

²⁴ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (24:56). Audiencia de pruebas

²⁵ Dr. Carlos Alberto Triana (1:30). Audiencia de pruebas

²⁶ Dr. Alejandro Olaya Sánchez (27:02). Audiencia de pruebas

(13:23) *“Pregunta apoderada FSFB: “Doctor con base en su experiencia profesional, que ya nos ha dicho que es más de 30 años, ¿considera que ese ese manejo que se dio para la complicación se ajustó a los dictados de la ciencia médica o se requería algo adicional?”*

(13:44) (...) ***es lo que hay que hacer.** Intentar separar esa comunicación de esófago, corazón, pues aquí nosotros en la Fundación contamos con todos los elementos. El paciente entró en circulación extracorpórea, se hizo la corrección del defecto del corazón. Sí, es decir, la parte técnica pues iba haciéndose de acuerdo al estándar, sí, lo primero era la corrección de defecto del corazón. Y pues bueno, se hizo en circulación extracorpórea, como hay que hacerlo, sí creo que esa parte, pues es así como como se hace en cualquier lado del mundo”²⁷.*

Incluso en este punto, debemos hacer mención del testimonio rendido por el Dr. ABEL DUARTE, médico convocado por la parte demandante, quien, si bien no participó en la atención médica, había revisado apartes de la historia clínica del paciente. Si bien, inicialmente en su declaración el testigo realizó críticas a los exámenes preoperatorios y al consentimiento informado, durante el curso de su testimonio se pudo esclarecer que dichos cuestionamientos se originaban en no haber tenido acceso a la historia clínica completa del paciente.

Posteriormente, tras haber revisado en la audiencia de pruebas la historia clínica a la que no había tenido acceso previamente, concluyó que no tenía ninguna objeción respecto a la atención proporcionada por mi representada:

(1:12) *Pregunta apoderada FSFB: Con base en esto, el haber hecho ese ecocardiograma, ese holter en los exámenes de previos para hacer ese procedimiento, si eso obra en la historia clínica podemos decir que el procedimiento se hizo de manera adecuada, con los cuidados preoperatorios, exámenes requeridos para poderlos llevar a cabo.*

(1:12) *Sí, ya viendo, ya habiendo revisado que sí tenían los laboratorios prequirúrgicos y el y el consentimiento informado que no, no lo revisamos en detalle, pero sí describen las complicaciones, el paciente lo firmó, ahí ya no, no existe ninguna omisión en la historia de ingreso.*

(1:13) *Pregunta apoderada FSFB: ¿Doctor, una última pregunta, solamente, pues, para no alargar el tema con base en lo que ya usted ha mirado y lo que le hemos manifestado, encuentra usted algún error en la atención o alguna falla en la atención?*

(1:13) *No, habiendo corregido esto estos defectos que hablamos, no.*²⁸

Aun cuando es claro desde la Jurisprudencia reiterada de la Corte Suprema de Justicia, que en asuntos como el que nos ocupa de responsabilidad civil extracontractual, es la parte actora la que tiene la carga de demostrar la supuesta falla que se le está atribuyendo a la atención, la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ acreditó con suficiencia que su actuación se ajustó completamente a los dictados de la ciencia médica aplicables al momento de la atención, como se desprende de los siguientes hechos que se lograron acreditar en el presente proceso:

- El procedimiento de aislamiento de venas pulmonares realizado al paciente estaba completamente indicado, ya que se trataba de una intervención necesaria para tratar la fibrilación auricular, cuyo control no había sido logrado mediante tratamiento farmacológico y generaba al paciente alteraciones importantes en su calidad de vida, impidiéndole incluso la realización de actividades cotidianas.

²⁷ Dr. Luis Gerardo García-Herreros (13:44). Audiencia de pruebas

²⁸ Dr. Abel Duarte (13:44). Audiencia de pruebas

- Se demostró que el paciente conoció y aceptó plenamente los riesgos inherentes al procedimiento, tal y como consta en el consentimiento informado, el cual fue debidamente firmado por el paciente.
- Se estableció que la complicación que presentó el paciente, la fistula atrioesofágica, es un riesgo inherente al procedimiento realizado y este riesgo había sido previamente informado y consentido por el paciente.
- Se verificó que el procedimiento de aislamiento de venas pulmonares fue llevado a cabo conforme a los dictados de la ciencia médica, sin que existieran signos o síntomas que hubiesen permitido sospechar la presencia de la fistula atrioesofágica durante o inmediatamente después de la intervención.
- Se constató que la fistula atrioesofágica es una complicación tardía que generalmente se materializa semanas o incluso meses después del aislamiento de venas pulmonares.
- Se hizo patente que en las consultas que el paciente realizó tanto en urgencias como en consulta externa antes del 21 de julio de 2017, no refirió ningún síntoma que permitiera sospechar la aparición de dicha complicación.
- Se estableció que el único día que el paciente presentó fiebre y malestar general, que son síntomas asociados a esta complicación, fue el día 21 de julio de 2017, cuando regresó al servicio de urgencias de la institución.
- Se acreditó que, ante la sospecha de la fistula esofágica, se activó inmediatamente un protocolo para garantizar la atención requerida por el paciente, poniendo a su disposición un equipo multidisciplinario de especialistas.
- Se demostró que la fístula atrioesofágica que presentaba el paciente tenía una mortalidad del 100% si no se realizaba la reparación quirúrgica, a pesar del alto riesgo que conllevan los procedimientos necesarios para su tratamiento.
- Finalmente se probó que la reparación quirúrgica estaba justificada por la evidencia médica. Debido a la complejidad del tratamiento, se programó una corrección quirúrgica con la participación de múltiples especialidades, sin embargo, el procedimiento no pudo completarse. Tras suspender la intervención por inestabilidad hemodinámica, el paciente sufrió un deterioro irreversible y falleció.

En ese sentido, se demostró en el presente proceso, más allá de cualquier duda, que la atención dispensada al paciente JOSÉ ALIRIO GÓMEZ GARCÍA estuvo enmarcada dentro de los más altos estándares de calidad, ética, profesional y científica, con apego a las mejores prácticas profesionales, guías y protocolos aplicables, en manos de profesionales altamente calificados y con los recursos y respaldo de una institución sanitaria de reconocimiento nacional e internacional, pionera en alta complejidad, a pesar de lo cual fue imposible impedir la complicación tardía, atípica y de muy rara ocurrencia, que a la postre derivó en el sensible deceso del caso que nos ocupa.

Esto fue refrendado por la sentencia de primera instancia, en la cual se concluyó:

En este caso, lo que refulge es una buena praxis porque los especialistas de la Fundación Santafé atendieron la patología presentada conforme a todos los protocolos y prácticas que exigía la complicación presentada, la rotura o fistula a consecuencia, sin duda del primer procedimiento decantado como aislamiento venoso, se perfiló como un riesgo si bien muy poco frecuente, factible de que sucediera, la literatura científica apoya esta primera conclusión como así lo expresaron los médicos tratantes, así como los procedimientos que a continuación llevaron a cabo que fueron los idóneos, se hizo una adecuada revisión y seguimiento del paciente, es decir, se ajustó su actuar a la *lex artis*. No obstante, se produjo el desenlace fatal del paciente lo cual no puede ser atribuible a ningún error médico.

En este orden de ideas, es claro que el material probatorio recopilado, aquí valorado, acredita de manera suficiente la ausencia de culpa de la parte demandada en los hechos memorados en la demanda, por lo que correspondía a la demandante, en virtud del principio de la carga de la prueba, probar de manera suficiente su teoría en cuanto la culpa del demandado, lo cual no ocurrió por las razones plasmadas con anterioridad en esta providencia, motivo por el cual las pretensiones de la demanda están llamadas al fracaso y en ese sentido se proveerá en la parte resolutive de esta sentencia.

Consideramos respetuosamente que estos argumentos, resultarían suficientes para denegar el recurso de apelación presentado contra la providencia de primera instancia, sin embargo, nos pronunciaremos respecto de los restantes argumentos que fueron señalados por la parte actora en su recurso.

3. VALORACIÓN PROBATORIA ADECUADA Y MOTIVACIÓN JURÍDICA SUFICIENTE DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Contrario a lo afirmado de manera genérica por la parte apelante, la decisión de primera instancia se encuentra debidamente motivada y ajustada a derecho.

Específicamente, la parte actora sostiene sin mayor desarrollo argumentativo, que el Despacho no se pronunció sobre la tacha de testigos. No obstante, esta afirmación resulta completamente infundada, ya que la sentencia de primera instancia dedicó un acápite específico para analizar de manera completa y detallada dicha tacha:

La tacha de sospecha.

Obran en el plenario las declaraciones de los médicos tratantes, frente a los cuales, como se recuerda, se interpuso la tacha de sospecha por el apoderado de la parte actora, precisamente por trabajar para la institución demandada, la Fundación Santafé. Así mismo, la apoderada de la parte demandada tachó de parcial la declaración del doctor Abel Duarte en razón a su afirmación, según la cual dicho profesional había participado con su concepto en otros procesos del abogado acá representante de la demandante.

Como se sabe, al tenor del artículo 211 del C.G.P. "Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o

(...)

La Juez de primera instancia, luego de considerar la normativa colombiana aplicable a la tacha de imparcialidad, concluyó que valoraría los testimonios tachados con base en los principios de la sana crítica, otorgándoles un análisis más riguroso en conjunto con el resto del material probatorio allegado al proceso:

Para resolverla, ha de decirse ciertamente que si bien las declaraciones de los galenos, todos intervinientes y empleados de la Fundación Santafé demandada podían tacharse por ese solo hecho de sospecha y dada la subordinación que los une con la pasiva, nada impide a esta juez tenerlas como prueba, valorándolas según los principios de la sana crítica y en conjunto con el resto del material probatorio allegado al proceso, pues la ley no obliga en ningún momento a desechar por sí solo el testimonio que se tacha de sospechoso, sino como se mencionó, a valorarlo con mayor rigor que los demás testimonios recibidos en el proceso.

Además, se está ante testimonios contestes, claros, altamente calificados que junto con las demás pruebas apreciadas en conjunto demuestran que aún cuando los una un vínculo laboral con la institución se ha de descartar que quisieran favorecerla o que mintieran en sus dichos, por lo cual no encuentra esta juzgadora motivos de duda en su veracidad e imparcialidad que permitan desechar los mismos como prueba para el presente asunto.

Lo propio, ha de decirse respecto de la tacha por ausencia de imparcialidad del testigo decretado a petición de la parte actora, fundada en la declaración que éste hiciera y en la cual afirmó haber emitido conceptos a petición del abogado en otros procesos, incluso recibiendo dineros con ocasión de aquellos. Al igual que las anteriores, se tiene en cuenta, atendiendo las reglas probatorias de la sana crítica, que el testimonio del doctor duarte no puede dejar de apreciarse en cuanto su espontaneidad y veracidad de acuerdo con el conocimiento que afirmó tener respecto de los hechos que se estudian en el proceso. No prosperaran en consecuencia, ninguna de las tachas propuestas.

Respecto de la valoración de un testimonio que pueda ser considerado de parcial, ha señalado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

“Ahora, como los yerros denunciados, en síntesis, se estructuraron sobre la base de haberse dado crédito al dicho de los mentados testigos, en sentir de la censura, parcializados, dados los lazos de familiaridad y dependencia con el convocado, salta de bulto que el ad-quem no incurrió en ninguna equivocación, porque si les dio mérito probatorio, se entiende que consideró, así sea implícitamente, que las causales de sospecha no comprometían lo expuesto por los deponentes, puesto que la existencia de un hecho de esa naturaleza, no es suficiente, por sí, para menguar su fuerza demostrativa, pues de ahí no puede seguirse, necesariamente, que los testigos faltaron a la verdad.

Como tiene explicado la Corte, “[H]oy, bien se sabe, la sospecha no descalifica de antemano -pues ahora se escucha al sospechoso-, sino que simplemente se mira con cierta aprensión a la hora de auscultar qué tanto crédito merece. Por suerte que bien puede ser que a pesar de la sospecha haya modo de atribuirle credibilidad a testigo semejante, si es que, primeramente, su relato carece de mayores objeciones dentro de un análisis crítico de la prueba, y, después -acaso lo más prominente- halla respaldo en el conjunto probatorio” .

En esa línea, el error sólo podía estructurarse sobre el contenido intrínseco del medio en cuestión, esto es, al decir de la Corte en el antecedente último citado, “que la propia versión testifical no permite concederle, por ningún motivo, credibilidad; en una palabra, demostrar, con la labor crítica inherente, que lo declarado por el testigo, antes que enervar la desconfianza con que se lo mira de comienzo, acabó confirmándolo. Porque, insístese, lo sospechoso no descarta lo veraz”²⁹

Con base en lo anterior, consideramos que ningún error cometió el fallador al dotar de mérito probatorio las declaraciones de los profesionales médicos que atendieron al paciente, pues su análisis contrastado con el restante acervo probatorio permite establecer su veracidad. Además, resulta absolutamente inexacto sostener que no hubo un pronunciamiento de fondo sobre la tacha de testigos, pues la sola lectura de la sentencia recurrida evidencia con claridad que sí existió un análisis detallado sobre el tema, desvirtuando por completo la alegación genérica planteada en el recurso de apelación.

²⁹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. Magistrada ponente: Margarita Cabello Blanco Bogotá, D. C., diecinueve (19) de diciembre de dos mil doce (2012). Referencia: C-7600131030132000-00177-02

Por otro lado, nuevamente de manera infundada, señala el apoderado de la parte demandante que el operador de justicia debe fundamentar su sentencia en las pruebas debidamente aportadas y recaudadas en su respectiva etapa procesal. Sin embargo, el apoderado no indica concretamente la omisión que reprocha por parte de la sentencia de primera instancia, ni señala específicamente cuál fue el medio de prueba presuntamente pretermitido o valorado inadecuadamente.

Contrario a lo afirmado por el apelante, una lectura integral de la sentencia de primera instancia permite concluir que sí se fundamentó en las pruebas recaudadas obrantes en el expediente. En ese sentido, el Despacho de manera expresa se refirió en la providencia recurrida a las siguientes pruebas oportunamente practicadas para sustentar su decisión:

- Se tuvo en cuenta la declaración de parte de la demandante, la señora MARTHA SANDOVAL, transcribiendo y parafraseando apartes clave de su interrogatorio.
- Se consideró la declaración de la Representante Legal de la institución que represento, transcribiendo segmentos importantes de su interrogatorio.
- Se valoró el testimonio del Dr. OLAYA SÁNCHEZ, médico internista y subespecialista en cardiología, transcribiendo gran parte de su declaración por su relevancia y experiencia, abordando aspectos como la definición de la fístula en cuestión, su consideración como un riesgo inherente del procedimiento, la adherencia de la institución a la *lex artis ad hoc* y la mortalidad inherente a la concreción de la complicación.
- También se tuvo en cuenta el testimonio del Dr. LUIS GERARDO GARCÍA-HERREROS, cirujano de tórax, quien expuso las causas de la fístula, su calificación como un riesgo inherente y descrito del procedimiento, su naturaleza como complicación tardía y la inexistencia de errores u omisiones en la atención prestada por la institución.
- De igual manera, se consideró el testimonio del Dr. RENZO PINTO, médico internista y gastroenterólogo, especialmente en relación con la adecuada prestación del consentimiento informado al paciente.
- Finalmente, se analizó el testimonio del Dr. ABEL DUARTE, convocado por la parte demandante, destacando que, a pesar de haber afirmado que recibió la historia clínica completa, en la misma audiencia se advirtió que no observó los exámenes previos ni los consentimientos informados, documentos que sí obran en el expediente.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es claro que la Juez fundamentó su sentencia en las pruebas debidamente aportadas y recaudadas en la respectiva etapa procesal, realizando un recuento del material probatorio y llevando a cabo un análisis integral del cual concluyó lo siguiente, atendiendo los criterios jurisprudenciales vigentes de culpa probada:

Pero en cambio, de las declaraciones de especialistas que manejaron la cirugía de alta complejidad, se constató que: (i) se les dio la información a los familiares del paciente pues así constan por escrito en el plenario, (ii) que el tratamiento siguió las previsiones de la *lex artis*, lo cual no halló prueba en contrario y (iii) con todo, que infortunadamente se produjo finalmente, pese al agotamiento de todos los procedimientos debidos, la muerte del señor Gómez García.

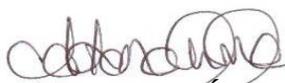
Una vez examinados los puntos de inconformidad planteados en contra de la sentencia, se puede concluir que no existen motivos para acceder a cambiarla, en la medida en que el fallo apelado, contrario a la argumentación del apelante, sí consideró una a una las pruebas recaudadas, las ponderó y valoró en detalle,

asignándoles el valor de certidumbre propios de la sana crítica, sin que en el proceso judicial se encuentren omisiones o sesgos que hagan cuestionar la calidad de la labor judicial desplegada por el *a quo*.

PETICIÓN

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas de manera precedente, solicitamos respetuosamente a la Corporación, confirmar la sentencia de primera instancia, por cuanto las pruebas analizadas en su conjunto demostraron, sin lugar a duda, que la atención médica suministrada por la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ se ajustó en todo momento a los dictados de la ciencia médica aplicables al caso concreto, sin desviaciones u omisiones culposas que den origen a una obligación resarcitoria.

De los Honorables Magistrados,



ADRIANA GARCÍA GAMA
C.C. No. 52.867.487 de Bogotá
T.P. No. 144.727 del C. S. de la J.
adriana@garciagama.com