



## JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE ARAUCA

Arauca, Arauca, once (11) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

Radicado: 81-001-33-31-001-2016-00138-00  
Demandantes: Nazario Rincón Gutiérrez y otros  
Demandados: Hospital del Sarare y otros  
Medio de control: Reparación directa  
**Providencia: Sentencia de primera instancia**

### I. ASUNTO

Tras surtidas las etapas procesales correspondientes, y sin causales de nulidad, se dictará sentencia según el artículo 187 del CPACA.

### II. ANTECEDENTES

**2.1. Hechos relevantes.**<sup>1</sup> Inicia por señalar que Nazario Rincón Gutiérrez sufre de diabetes mellitus desde hace 18 años. Por otro lado, que el 26 de abril del 2015, ingresó al Hospital San Antonio de Tame ante un fuerte dolor en su abdomen. En dicha institución de salud fue diagnosticado con hemorragia gastrointestinal, y ordenando, el médico tratante en razón a lo descrito, remisión a una entidad de salud de tercer nivel de complejidad.

En ese orden de ideas, el 27 de abril, siendo las 6:49 a.m., Nazario Rincón Gutiérrez ingresó al Hospital del Sarare. Previa cita de lo esbozado en la historia clínica por el demandante se destaca dentro de la narración fáctica el traslado a la unidad de cuidados intermedios (en adelante UCIM). A las 2:12 p.m. del mismo día, es trasladado a cirugía, realizándose esofagogastroduodenoscopia, de la cual se concluyó hernia hiatal y abundante contenido retencional alimentario que impedía la realización de una endoscopia exploratoria.

El 28 de abril, y una vez valorado por medicina interna, se ordenó continuar monitorización en la UCIM y en espera de la endoscopia para definir manejo. Además, se suspendió el eco doppler de miembro inferior derecho, ya que, se presumía que el dolor era secundario a una posible lesión de plasmocitoma.

El 29 de abril del 2015, la víctima directa continuaba con frialdad en su miembro inferior derecho, por lo que se solicita nuevamente eco doppler arterial. Por ello, a las 5:42 p.m. y realizado el eco doppler arterial se identificó trombosis aguda femoro poplítea y tibia derecha sin flujo colateral en pierna y pie.

Así las cosas, el médico tratante ante este cuadro clínico diagnosticó contraindicación de coagulación plena por hemorragia de vías digestivas altas, choque hipovolémico y disminución de hemoglobina. Por consiguiente, remite a cirugía vascular en avión ambulancia debido a lo explicado y en virtud de alto riesgo de choque hipovolémico.

El 30 de abril, persiste frialdad y cianosis en el miembro inferior derecho, y la autorización de la remisión. A las 10:29 a.m. se ordena transfundir 2 unidades de GRE, y sin haberse materializado la remisión ordenada.

Teniendo en cuenta que la remisión no se realizaba por parte de la entidad promotora de salud, los familiares de la víctima directa, a través de sus propios ingresos, contrataron un avión ambulancia para trasladar a Nazario. En efecto, el 1 de mayo la remisión es aceptada en el Hospital San Ignacio. El 2 de

---

<sup>1</sup> FI 13-20 Ord 01 ED

mayo, el paciente presentó isquemia crítica de miembro inferior derecho, por lo que se maneja interdisciplinariamente por cirugía vascular y ortopedia.

El 3 de mayo de 2015, el médico tratante establece que el miembro inferior derecho presenta isquemia sin beneficio de reperfusión, por lo que se ordena amputación. El 4 de mayo de 2015 Nazario es trasladado a cirugía, realizándose la amputación supracondilea de miembro inferior derecho.

El 6 de mayo de 2015, en postoperatorio día 2, se retiró oxígeno para probar tolerancia y se mantuvo el plan de manejo. Finalmente, el 15 de mayo, se ordena su egreso ante mejoría del estado de salud.

No obstante, el 3 de junio de 2015 acude el paciente nuevamente al Hospital del Sarare, pues, presentaba necrosis de los bordes de la herida, por lo que se ordena traslado a urgencias con el fin de descartar proceso infeccioso activo. Además, se le realiza procedimiento quirúrgico consistente en lavado quirúrgico y desbridamiento, ordenándose salida.

Sostiene la parte actora que todas las actuaciones médicas brindadas por los demandantes desatendieron la *lex artis*, conllevando a una afectación en la prestación del servicio y por tanto, ocasionando el daño antijurídico deprecado.

**2.2. Pretensiones<sup>2</sup>.** Busca la parte demandante que declare la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas por los perjuicios materiales y morales causados a los demandantes por las lesiones físicas provocadas en Nazario Rincón Calderón.

Además, que los demandados reconozcan y paguen a los demandantes, o a quien represente legalmente sus derechos, y a título de reparación directa, la indemnización correspondiente por los daños y perjuicios materiales y morales precisados de la siguiente manera:

Nombre	Daños Morales	Daños a la vida en relación	Daño Emergente
Nazario Rincón Gutiérrez	80 SMLMV	\$50.000.000	\$7.200.000
Graciela Calderón Ortiz	60 SMLMV	No aplica	
Lucy Yadeima Rincón Calderón	60 SMLMV	No aplica	
Nestor Nazario Rincón Calderon	60 SMLMV	No aplica	
Janeth Rincón Calderón	60 SMLMV	No aplica	
Myriam Rincón Calderón	60 SMLMV	No aplica	
Nelsón Rincón Calderón	60 SMLMV	No aplica	

Requieren, además, que la condena sea indexada, pago de intereses, y que se condene en costas.

**2.3. Fundamentos de derecho<sup>3</sup>.** Expone como sustento normativo el artículo 90 de la Constitución Política, los artículos 140, 192 y 195 de la Ley 1437 del 2011, así como la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981.

Finalmente, sustenta sus pretensiones con base en la jurisprudencia del Consejo de Estado, refiriendo algunas de ellas que tratan sobre la falla en el servicio de salud.

<sup>2</sup> Fls 20-21 Ord 01 ED

<sup>3</sup> Fls 21-38 Ord 01 ED

## 2.4. Contestaciones de la demanda.

**2.4.1. Hospital del Sarare<sup>4</sup>.** Se opone a las pretensiones de la demanda toda vez que no se acreditó con fundamento en las pruebas aportadas en la demanda que la empresa social del Estado haya incurrido en alguna falla en el servicio que generara el daño deprecado, por lo que no podría reclamarse una responsabilidad patrimonial por parte del centro hospitalario. Propone la excepción de fondo de la inexistencia de imputación fáctica y jurídica.

**2.4.2. SALUDCOOP en liquidación.** Guardó silencio.

**2.4.3. La Previsora<sup>5</sup>.** Se opone al llamamiento en garantía ya que, de acuerdo a las circunstancias fácticas, el contrato de seguro no opera en el presente asunto, ante la ausencia de cobertura. Sostiene que durante la vigencia del seguro no se presentó por parte del tomador reclamo alguno sobre los hechos de la demanda, por lo que libera a la aseguradora de cualquier obligación indemnizatoria. Por consiguiente, propone las excepciones de ausencia de cobertura, exclusión del amparo ante la reclamación realizada por fuera de la vigencia de la póliza, límites máximos de responsabilidad del asegurador, pacto deducible y la genérica o innominada.

## 2.5. Alegatos de conclusión.

**2.5.1. Parte demandante<sup>6</sup>.** Alega en términos generales que, en el presente caso, está demostrado plenamente, a través de las pruebas practicadas, que la entidad demandada incurrió en una indebida prestación del servicio, lo cual, sin lugar a dudas, generó el daño reclamado en el presente asunto, constituyéndose así los elementos de la responsabilidad administrativa decantado por la jurisprudencia para predicar de las instituciones públicas el deber de responder por los perjuicios causados. En ese sentido, sostiene que las actuaciones médicas para tratar el diagnóstico de la paciente fueron inoportunas, así como su remisión a una entidad de tercer nivel de complejidad.

**2.5.2. Hospital del Sarare<sup>7</sup>.** Sostiene que la parte actora no cumplió con la carga procesal de demostrar la falla en el servicio de salud prestado por la entidad y además, que la institución garantizó de manera integral la *lex artis* durante todo el servicio brindado a la víctima directa.

**2.5.3. La Previsora<sup>8</sup>.** Manifiesta que en caso de hallar responsable al Hospital del Sarare, deberá el despacho encontrar probada las excepciones propuestas. Ello, porque la modalidad de cobertura pactada fue de reclamación en virtud de la disposición legal contenida en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, situación que incumplió el tomador. Por tanto, la entidad aseguradora no tendría por qué responder solidariamente en el presente asunto.

**2.5.4. SALUDCOOP en liquidación.** No presentó alegatos de conclusión.

**2.5.5. Concepto del Ministerio Público.** No intervino.

**2.6. Trámite procesal surtido.** Se admitió la demanda por parte del Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Arauca, a través de auto del 19 de julio de 2016<sup>9</sup> y se notificó y corrió traslado para los efectos legales y de contestación de la demanda. A su vez, el 8 de junio de 2017, se admitió el llamamiento en garantía<sup>10</sup>.

---

<sup>4</sup> FI 42-54 Ord 02 ED

<sup>5</sup> FI 52-82 Ord 09 ED

<sup>6</sup> FI 134-141 Ord 05 ED

<sup>7</sup> FI 142-154 Ord 05 ED

<sup>8</sup> FI 118-153 Ord 05 ED

<sup>9</sup> FI 20-21 Ord 02 ED

<sup>10</sup> FI 45-48 Ord 019 ED

El juzgado Primero Administrativo de Arauca fijó fecha para realizar la audiencia inicial, la cual se llevó a cabo el 1 de noviembre de 2018<sup>11</sup>. Luego se celebró la audiencia de pruebas el 27 de mayo del 2019<sup>12</sup> diligencia en que se recaudaron todas las pruebas.

Concluida dicha etapa procesal, se ordenó correr traslado para alegatos y concepto del Ministerio Público. Las partes alegaron a excepción de Salucoop EPS y el ministerio público no conceptuó. Mediante auto el 20 de enero de 2023 este despacho avocó el conocimiento del presente proceso en el estado en que se encontraba.

### III. CONSIDERACIONES

**3.1. Competencia.** El Juzgado Tercero Administrativo de Arauca, es competente para conocer en primera instancia de esta demanda, mediante control de reparación directa, según el numeral 6 del artículo 155 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo.

**3.2. Caducidad.** El daño alegado por la parte actora es la lesión física consistente en la pérdida del miembro inferior derecho de Nazario Rincón Gutiérrez, el cual, conforme a la historia clínica aportada, sucedió el 4 de mayo de 2015. El 10 de diciembre de 2015 fue radicada la conciliación extrajudicial, y el 3 de marzo de 2016 fue declarada fallida la misma. El 15 de marzo de ese año, se radico la demanda, por tanto, no operó el fenómeno de la caducidad porque se presentó antes de los dos años que estipula la Ley 1437 del 2011.

#### 3.3. Legitimación en la causa.

**3.3.1. Legitimación en la causa por activa.** Respecto a Nazario Rincón Gutiérrez, obra dentro del expediente judicial densa historia clínica de la cual se desprende sin duda alguna que la persona en mención se le practicó intervención quirúrgica que tuvo como consecuencia la pérdida de la pierna derecha, por lo que goza de legitimación por activa, constituyéndose como víctima directa en el asunto de marras.

Conforme a las pruebas documentales que obran en el proceso las víctimas indirectas guardan el grado de consanguinidad relacionado a continuación con Nazario Rincón Gutiérrez:

Nombre	Parentesco	Documental
Graciela Calderón Ortiz	Cónyuge	Fl 42 Ord 01 ED
Lucy Yadeima Rincón Calderón	Hija	Fl 43 Ord 01 ED
Nestor Nazario Rincón Calderon	Hijo	Fl 44 Ord 01 ED
Janeth Rincón Calderón	Hija	Fl 46 Ord 01 ED
Myriam Rincón Calderón	Hija	Fl 48 Ord 01 ED
Nelsón Rincón Calderón	Hijo	Fl 50 Ord 01 ED

En ese sentido, los demandantes gozan de legitimación por activa en el presente proceso.

**3.3.2. Legitimación en la causa por pasiva.** Frente a la legitimación por pasiva de las entidades demandadas, el juzgado observa, desde el plano formal, que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo que, desde un primer escenario, gozan de legitimación por pasiva en la presente *litis*. Igualmente, el Hospital del Sarare prestó el servicio de salud a la víctima directa, como se desprende la historia clínica aportada, por lo que, es indudable que goza de legitimación por pasiva.

**3.4. Problema jurídico a resolver.** Tal como quedó definido en la audiencia inicial, el litigio se circunscribe determinar si las entidades demandadas E.S.E HOSPITAL DEL SARARE y SALUDCOOP E.P.S.

<sup>11</sup> Fls 33-44 Ord 05 ED

<sup>12</sup> Fls 111-115 Ord 05 ED

EN LIQUIDACIÓN, son administrativa extracontractualmente responsables a título de falla del servicio, por los perjuicios causados a los demandantes, con ocasión de la amputación que sufrió el señor NAZARIO RINCÓN GUTIÉRREZ en su miembro inferior derecho, ante la atención médica recibida por las demandadas.

Como problema jurídico subsidiario sería establecer la responsabilidad que le compete al llamado en garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en caso de resultar probada la responsabilidad Administrativa y extracontractual de la ESE HOSPITAL DEL SARARE.

### **3.5. Tesis que resuelve el problema jurídico planteado**

**3.5.1. De la parte demandante.** Para el demandante, el despacho debe acceder a las suplicas de la demanda, toda vez que están acreditados, con base en las pruebas practicadas, los elementos de la responsabilidad del Estado, principalmente, ante la inoportunidad del diagnóstico por parte del Hospital del Sarare y la tardía remisión por la entidad promotora de salud a la cual estaba afiliado la víctima directa, a saber, Salucoop EPS.

**3.5.2. Hospital Sarare.** Expresa que en el asunto de marras no está acreditada la falla en el servicio, por lo que no es factible imputarle el daño a esta institución de salud, máxime cuando en todo momento le garantizó los servicios de salud de la víctima directa.

**3.5.3. Previsora SA.** Sostiene que en caso de que se accedan a las pretensiones de la demanda, no es posible hacer responsable solidariamente a la aseguradora puesto que el tomador del seguro, es decir, el Hospital del Sarare, no realizó la reclamación dentro de la vigencia de la póliza.

**3.5.4. Del despacho.** El despacho negará las pretensiones de la demanda ya que la débil actividad probatoria asumida por el sujeto activo de la litis no pudo acreditar que el daño antijurídico reclamado haya sucedido por una inoportunidad en el diagnóstico y/o una tardía remisión. No siendo, por tanto, imputable a las entidades demandadas.

Como fundamento de dicha decisión, se abordarán los siguientes puntos de análisis: (i) los presupuestos de la responsabilidad extracontractual del Estado, (ii) una relación de los hechos relevantes que se encuentran probados dentro del plenario y (iv) la configuración de los elementos de la responsabilidad en el caso concreto.

### **3.6. Aspectos normativos y jurisprudenciales.**

**3.6.1. Régimen de responsabilidad del estado.** Para activar el control de la reparación directa, es indispensable acudir a la norma constitucional del artículo 90 de la Constitución Política, por cuanto, en ella se regula la responsabilidad patrimonial del Estado, por ocasionarse un daño calificado de antijurídico, sea por acción u omisión, de uno de los agentes, en el cumplimiento de las funciones atribuidas, que pueden haber sido causadas por una conducta dolosa o gravemente culposa, cuya carga no puede soportar la víctima.

Por otra parte, hay que mencionar que cada título de imputación de responsabilidad extracontractual del Estado, falla del servicio, riesgo excepcional y daño especial, emana de actuaciones estatales diferentes, y se desarrollan de distintas formas y poseen reglas y requisitos disímiles para su configuración, constituyéndose los denominados regímenes de imputación que pueden ser objetivos o subjetivos.

Para aplicar esta premisa, es indispensable considerar que el régimen objetivo es aquel en el que no se evalúa la conducta estatal para determinar su responsabilidad, sino que lo importante dentro de este régimen es el daño, su antijuridicidad e imputabilidad, siendo atribuibles los títulos de imputación de daño especial y riesgo excepcional; de otro lado, el régimen subjetivo, se puede

establecer como aquel, en el cual, si es determinante la conducta estatal, pues solo existirá responsabilidad cuando esta sea fallida, tardía, imprudente, irregular, reprochable.

En efecto, sobre la aplicación de los títulos de imputación, es pertinente mencionar la jurisprudencia del Consejo de Estado<sup>13</sup>, el cual en reiteradas ocasiones ha manifestado:

*«(...) En lo que refiere al derecho de daños, como se dijo previamente, se observa que el modelo de responsabilidad estatal establecido en la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez la labor de definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte razones, tanto fácticas como jurídicas que den sustento a la decisión que habrá de adoptar. Por ello, la jurisdicción contenciosa ha dado cabida a la adopción de diversos “títulos de imputación” como una manera práctica de justificar y encuadrar la solución de los casos puestos a su consideración, desde una perspectiva constitucional y legal, sin que ello signifique que pueda entenderse que exista un mandato constitucional que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas un determinado y exclusivo título de imputación.*

*En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta providencia».*

Bajo la óptica arriba mencionada, se puede concluir que es el juez, bajo el principio de *iura novit curia*, quien deberá determinar en cada caso en particular, el régimen de responsabilidad ajustable y por ende el título de imputación que debe aplicarse.

Los elementos que sirven de fundamento en la responsabilidad son el daño y su imputación, daño que debe ser antijurídico.

**a. Daño.** Al respecto, vale traer a estudio el pronunciamiento del Consejo de Estado<sup>14</sup>:

*«El daño constituye el primer elemento o supuesto de la responsabilidad, cuya inexistencia, o falta de prueba, hace inocuo el estudio de la imputación frente a la entidad demandada; esto es, ante la ausencia de daño se torna estéril cualquier otro análisis, comoquiera que es el umbral mismo de la responsabilidad extracontractual del Estado. Así las cosas, el daño se refieren a aquel evento en el cual se causa un detrimento o menoscabo, es decir, cuando se lesionan los intereses de una persona en cualquiera de sus órbitas, es “la ofensa o lesión de un derecho o de un bien jurídico cualquiera. (...)».*

**b. Antijuridicidad del daño.** Sobre ello, la misma providencia establece:

*«La antijuridicidad se refiere a aquello que no se tiene la obligación de padecer, al evento que es “contrario a derecho” “es la contradicción entre la conducta del sujeto y el ordenamiento jurídico aprehendido en su totalidad”, ello se refiere a que se desconozca cualquier disposición normativa del compendio normativo, sin importar la materia o la rama del derecho que se vulnera, puesto que la transgresión a cualquiera de ellas, genera la antijuridicidad del daño. En ese orden, la antijuridicidad puede ser estudiada en el plano formal y en el material: el primero de ellos se evidencia con la simple constatación de la vulneración a una norma jurídica, y el segundo se refiere a la lesión que se produce con esa vulneración, en los derechos de un tercero, aspectos que deben estar presentes para que el daño sea indemnizable. (...)».*

En virtud de lo antedicho, en síntesis, se establece, que el daño objeto de reparación se configura cuando: i) tiene el carácter de antijurídico, ii) trasgrede un derecho, bien o interés protegido por el ordenamiento y iii) cuando se verifica una connotación cierta, es decir, que se pueda apreciar materialmente y no sea un simple supuesto.

<sup>13</sup> CE. Secc III. Sala Plena. Sentencia del 19 de abril de 2012, M.P. Hernán Andrade Rincón. Exp.21515.

<sup>14</sup> CE. Secc III. Sub B. Sentencia del 10 de septiembre de 2014. M.P. Enrique de Jesús Gil Botero. Exp. 29590.

Es por ello, que, para este despacho, cuando se alega la responsabilidad de un ente estatal, atendiendo que el sujeto que lo sufre no tiene por qué soportar el perjuicio, una vez verificada la ocurrencia del daño, surge el deber de indemnizar proporcionalmente al daño sufrido, siempre y cuando este sea imputable al Estado.

**c. Imputabilidad.** Trata de un concepto que permite atribuir jurídicamente un daño a un sujeto determinado. Por lo tanto, esta imputabilidad está compuesta por una parte de orden fáctico y uno jurídico.

**Imputación fáctica.** Se refiere a la necesidad de que exista un nexo de causalidad, el cual no es más que la concreción de la relación directa, que tiene el hecho que causó el daño y el daño propiamente dicho, esto es, vínculo de causa - efecto (acción u omisión del agente estatal), generando esto el menoscabo del derecho de la víctima.

Sobre el nexo de causalidad es pertinente observar el pronunciamiento del Consejo de Estado<sup>15</sup> que dice:

*«Ahora bien, en cuanto concierne a la imputación, se tiene que el daño antijurídico puede ser atribuido a la Administración Pública en la medida en que ésta lo haya producido por acción u omisión, pues, precisamente, en sentido genérico o lato la imputación es la posibilidad de atribuir un resultado o hecho al obrar de un sujeto.*

*En materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación»*

Partiendo de lo anterior, se puede establecer que la imputación no es más que un juicio racional consistente, en el análisis causal de una condición generadora y su respectiva consecuencia y la atribución que de ella se puede efectuar respecto de un sujeto de derecho y, en este sentido, es una revisión que transita por la observación material y natural del desenvolvimiento causal de una circunstancia y finaliza en la valoración del resultado como consecuencia jurídica, por lo que puede afirmarse que, aun cuando un sujeto de derecho no participe materialmente en la generación de una lesión o un menoscabo, puede resultarle imputable su resultado sin que pueda alegarse el hecho del tercero, cuando provenga de una desatención a las obligaciones que el DDHH (de derechos humanos), el DIH, la Constitución y la ley le asignan.

**Imputación jurídica.** Es el escenario en el que el juez determina si además de la atribución en el plano fáctico existe una obligación jurídica de reparar el daño antijurídico; se trata, por ende, de un estudio estrictamente jurídico en el que se establece si el demandando debe o no resarcir los perjuicios bien a partir de la verificación de una culpa (falla), o por la concreción de un riesgo excepcional al que es sometido el administrado, o de un daño especial que frente a los demás asociados es anormal y que parte del rompimiento de la igualdad frente a las cargas públicas.

La imputación jurídica se presenta cuando la producción del daño la ha generado la omisión de una autoridad pública en el cumplimiento de las funciones atribuidas por el ordenamiento jurídico; en otras palabras, esta última se determina la atribución conforme a un deber jurídico.

<sup>15</sup> CE. Secc III. Sub B. Sentencia del 28 de marzo de 2012. M.P. Enrique de Jesús Gil Botero. Exp. 22163.

**d. Falla probada del servicio.** El Consejo de Estado ha determinado a través de su jurisprudencia que el régimen aplicable en los casos de falla médica es el denominado falla probada del servicio. Al respecto, en sentencia del 24 de julio del 2013, dijo que:

*« La Responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan (...) los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda»<sup>16</sup>*

En misma sintonía, el Consejo de Estado recientemente ha dicho sobre el régimen aplicable en estos casos lo siguiente:

*«La jurisprudencia del Consejo de Estado ha considerado que, por regla general, el título de imputación aplicable en asuntos médico-sanitarios es el de la falla probada el servicio. Como consecuencia, le corresponde a la parte demandante demostrar el desconocimiento de la lex artis aplicable al caso concreto, en otros términos, la desatención a las obligaciones que emanan del conocimiento científico [...] Lo anterior no impide que la Sala reconozca, como lo ha hecho en oportunidades anteriores, la dificultad probatoria en punto al nexo causal que suelen tener los demandantes en este tipo de casos, dado el especialísimo carácter técnico inherente a los procedimientos médico asistenciales, [...] En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios (v.gr. prueba indiciaria) para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.»<sup>17</sup>*

Para el Consejo de Estado, el régimen en mención es el más idóneo para hacer un análisis probatorio profundo frente a aspecto de real importancia dentro de estos casos como lo son las omisiones, retardos o deficiencias del servicio de salud. Por tanto, la máxima corporación judicial de lo contencioso administrativo ha expuesto que debe analizarse bajo el tamiz del régimen de falla probada, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda optar por un régimen de responsabilidad objetiva. Así, este caso se analizará bajo el título de imputación de Falla del Servicio, atendiendo sus presupuestos básicos, para establecer la responsabilidad del Estado. A su vez, se precisa que en estos casos la carga de la prueba y los indicios resultan ser elementos axiales para el fallador.

**e. Pérdida de la oportunidad.** La teoría de la pérdida de la oportunidad construida por el Consejo de Estado se fundamenta en la posibilidad desechada por el sistema de salud colombiano para recuperar o rehabilitar al paciente. El máximo tribunal de lo contencioso administrativo desde sus anotaciones jurisprudenciales ha sido acucioso en señalar que es necesario establecer una causalidad culposa entre la actuación del personal médico o administrativo y el estado del paciente. Posteriormente, es indispensable determinar la probabilidad certera de mejoría, pues, esta no puede ser una mera expectativa.

Pero, antes de abordar este tema desde las sentencias del Consejo de Estado, resulta inaplazable para el despacho hacer un breve escenario explicativo de la pérdida de la oportunidad desde la doctrina. Trigo (1995)<sup>18</sup> ha estipulado que la merma de una oportunidad es una circunstancia en la interviene un comportamiento antijurídico por parte del médico tratante que interviene de manera decidida en el acontecimiento normal de las cosas. En ese sentido, desde la postura de este autor, si el médico fuera actuado de manera idónea y oportuna, se hubiera obtenido una ganancia.

<sup>16</sup> CE. Secc III. Sentencia del 24 de julio de 2013. M.P. Olga Melida Valle de la Hoz. Exp. 30309

<sup>17</sup> C.E. Secc III. Sentencia del 7 de mayo de 2021. M.P. María Adriana Marín. Exp. 51564

<sup>18</sup> Trigo, R. (1995). Reparación por daños por mala praxis médica. Ed. Hammarubi.

Ahora, cabe mencionar que esta teoría exige ciertas situaciones no sujetas a eventos meramente imaginarios o hipotéticos, deben ser determinables y ciertos. Al respecto Vásquez y Tallone (2000) dijeron:

*«en casos de pérdida de chance no se puede imputar casualmente al profesional el resultado final que padece el paciente pues en parte ello obedece a un proceso natural. No obstante ello, en muchas ocasiones, los tribunales en forma equivocada al analizar el capítulo de los daños indemnizables, pasan por alto el hecho de que se está solo frente a la pérdida de una chance y se manda a indemnizar el daño de forma integral»<sup>19</sup>*

Dicho esto, es pertinente traer en esta instancia los aportes realizados por el Consejo de Estado sobre el tema. Primeramente, la Sección Tercera del Consejo de Estado hizo la distinción precisa entre falla del servicio médico y la pérdida de la oportunidad de la víctima, aduciendo que:

*«De conformidad con lo expuesto, la Sala estima que la prestación del servicio médico-asistencial suministrado por la entidad demandada al paciente fue indebido –e incluso denegado–, dado que se dispuso su salida del centro asistencial, no obstante que no había recuperado su salud y, lo que es peor, con desconocimiento de cuál era la patología que presentaba, todo lo cual comporta una evidente falla en el servicio, por virtud de la cual el I.S.S., sí está llamado a responder patrimonialmente.*

*Debe precisar igualmente la Sala que frente a este asunto podría predicarse la pérdida de oportunidad de la víctima en recuperar su salud –situación frente a la cual la Sección Tercera del Consejo de Estado ha declarado la responsabilidad patrimonial de la Nación por casos similares3–, ello ante la conducta irregular de la entidad que al disponer el retiro del paciente le impidió ser objeto de otros análisis y de estudios más especiales para determinar cuál era su enfermedad y, por ende, cuál debía ser el tratamiento a seguir frente a la misma para tratar de salvarle su vida o al menos concederle el chance de recuperar su salud; sin embargo, en este caso se encuentra acreditada una falla en el servicio atribuible al ente demandado.*

*Ahora bien, aunque podría sostenerse que causalmente la mencionada falla no se erige en la fuente determinante del daño, lo cierto es que la responsabilidad que le asiste al I.S.S., no emerge de la simple existencia de una relación puramente naturalística de causalidad entre la actuación médico-asistencial y la muerte del paciente, sino que surge del análisis jurídico de imputación que explica cómo la falla en el servicio cuya ocurrencia se ha puesto de presente, hace jurídicamente atribuible el resultado lesivo de los derechos e intereses de la parte actora, a la Administración accionada. »<sup>20</sup>*

El Consejo de Estado aclara que ante una falla en el servicio no es indispensable determinar la pérdida de oportunidad, ya que la responsabilidad de la entidad no se centra en la falta de oportunidad en la prestación del servicio, sino en el diagnóstico y el tratamiento. Igualmente, desde el 2010, la corporación judicial ha precisado que esta no debe ser una mera especulación:

*«Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica, en este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que realmente se presentan son dificultades para establecer el nexo causal. Pero, si bien se requiere que se encuentre demostrado que la prestación del servicio médico constituía una oportunidad real y no meramente hipotética para el paciente de recuperar su salud o prolongar su vida, también debe quedar claro que esta ventaja debe ser una posibilidad, cuya materialización dependa también de otros factores como las propias condiciones del paciente, porque en aquéllos eventos en los cuales no se trate de una oportunidad sino que se cuenta con la prueba cierta de la existencia del nexo causal entre la actuación deficiente u omisión de la prestación del servicio médico, no se estaría ante un caso de responsabilidad patrimonial del Estado por pérdida de oportunidad sino por la falla del servicio médico. »<sup>21</sup>*

<sup>19</sup> Vásquez y Tallone. (2000). Derecho médico y mala praxis. Ed. Argentina.

<sup>20</sup> C.E. Secc III. Sentencia de abril del 2011. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Exp. 19192.

<sup>21</sup> C.E. Secc III. Sentencia de abril de 2010. M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 17725

Recientemente el Consejo de Estado puntualizó sobre este tema, recordando que la pérdida de la oportunidad tiene dos facetas, la primera, positiva, entendida cuando la víctima pierde una expectativa legítima de un beneficio por la acción u omisión de un tercero. Por otra parte, tiene una faceta negativa, la cual ocurre cuando la víctima afronta una situación o curso causal desfavorable y tiene la expectativa cierta que la intervención de un tercero evite o eluda un perjuicio. Además, añadió tres elementos indispensables para su procedencia:

*«1. Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar. 2. Certeza de la existencia de una oportunidad. 3. Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima»<sup>22</sup>*

**f. Referencia y contrarreferencia.** El párrafo 5 del artículo 162 de la Ley 100 de 1993 estipula que las entidades promotoras de salud implementarán un sistema de referencia y contrarreferencia para acceder a los servicios de alta complejidad incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Sobre la definición del sistema de referencia y contrarreferencia el Decreto 4747 del 2007 señala:

*«Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.*

*La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.*

*La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica»*

La referencia y contrarreferencia es un proceso técnico y administrativo que de manera coordinada realizan las IPS y las EPS (Entidades Promotoras de Salud) con el fin de garantizar la calidad y acceso a los servicios de alta complejidad que requiera el afiliado. Es responsabilidad de las EPS organizar la red prestadora de servicio para asegurar la continuidad y la oportuna remisión de la persona. Al respecto el numeral 6 del literal b del artículo 5 del Decreto 4747 del 2007 dice que son responsabilidades de las EPS, entre otras, la siguiente:

*«Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red»*

De ahí que el proceso de referencia y contrarreferencia sea un deber en cabeza de las EPS, quienes podrán apoyarse en los centros reguladores de urgencias y emergencias:

*«El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia 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.*

*Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese*

<sup>22</sup> C.E. Secc III. Sentencia del 4 de marzo del 2020. M.P. Ramiro Pazos Guerrero. Exp. 21554

*en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago»*

Por tanto, la remisión de un paciente a una IPS de mayor nivel de complejidad es competencia de la entidad responsable de pago, es decir, de la EPS, quien deberá disponer de una red prestadora de servicio que garantice los servicios e insumos contemplados en el plan de salud a favor del beneficiario. En ese sentido, la demora u obstáculos para remitir a un paciente a otra institución de salud es responsabilidad de la EPS, sin perjuicio de los incumplimientos plausibles dentro del sistema por parte de las IPS como actores secundarios.

**3.7. Pruebas relevantes.** Del acervo aportado y valorado conforme a la ley y la jurisprudencia, se destacan las siguientes:

- Certificación de matrimonio católico entre Nazario Rincón y Graciela Calderón Ortiz (Fl 42 Ord 01 ED)
- Registro civil de nacimiento de Lucy Yadeima Rincón Calderón (Fl 43 Ord 01 ED)
- Registro civil de nacimiento de Nestor Nazario Rincón Calderón (Fl 44 Ord 01 ED)
- Registro civil de nacimiento de Janeth Rincón Calderón (Fl 46 Ord 01 ED)
- Registro civil de nacimiento de Myrian Rincón Calderón (Fl 48 Ord 01 ED)
- Registro civil de nacimiento de Nelsón Rincón Calderón (Fl 50 Ord 01 ED)
- Historia clínica de Nazario Rincón Gutiérrez expedida por el Hospital San Antonio de Tame perteneciente a la ESE Departamental Moreno y Clavijo (FL 193-195 Ord 01 Ed)
- Historia clínica de Nazario Rincón Gutiérrez expedida por el Hospital del Sarare (Fl 197-319 Ord 01 ED; Fl 3-9 y 60-453 Ord 02 ED )
- Factura de ambulancia área de Colombia SAS (Fl 11 Ord 02 ED)
- Historial de autorizaciones realizadas por Saludcoop EPS (Fl 64-76 Ord 05 ED)
- Seguro responsabilidad civil N.º 1002183 (Fl 29-44 Ord 09 ED)
- Historia clínica de Nazario Rincón Gutiérrez expedida por el Hospital Universitario San Ignacio (Ord 03 ED)
- Testimonio de Etelivar Torres Vargas (Ord 08 ED)

**3.8. Caso Concreto.** Para resolver el problema jurídico planteado, procede el despacho a analizar el material probatorio arrojado al expediente, que demostrarán la existencia de los elementos para endilgar la responsabilidad administrativa y patrimonial a la entidad demandada.

**3.8.1. Daño.** En el caso *sub examine* se tiene que el daño alegado fue la pérdida del miembro inferior derecho de Nazario Rincón Gutiérrez. Al respecto, se desprende de la historia clínica expedida por el Hospital Universitario San Ignacio que el 4 de mayo de 2015, siendo las 05:00 p.m. se inició procedimiento quirúrgico a la víctima directa denominado amputación por encima de rodilla SOD ante el diagnóstico de embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores. De la descripción de hallazgo, procedimientos y complicación establecida en la historia clínica se destaca lo siguiente:

*« SE ENCUENTRA MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON FRIALDAD DISTAL SIN PERFUSION DISTAL NO SE PALPAN PULSO TIBIAL POSTERIOR NI PEDIO, COLORACION VIOLACEA DISTAL CON PATRON MOTEADO, NO REALIZA DE MANERA ACTIVA MOVILIDAD DISTAL DEL PIE NI EL TOBILLO HAY ANESTESIA DISTAL Y DOLOR DE INTENSIDAD SEVERA PROCEDIMIENTO SE REALIZA PAUSA DE SEGURIDAD PACIENTE EN SALA DE CIRUGIA EN DECUBITO SUPINO BAJO ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO REGIONAL, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE COLOCAN CAMPOS QUIRURGICOS SE DIBUJA COLGAJO A NIVEL SUPRAPATELAR, SE REALIZA INCISION CON BISTURI, SOBRE COLGAJO DIBUJADO INICIALMENTE EN LA REGION ANTERIOR SE REALIZA DISECCION POR PLANOS TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO FASCIA SE EXPONE MUSCULO CUADRICIPITAL Y ADUCTORES Y SE CORTAN CON BISTURI FRIO PROTEGIENDO PAQUETE NEUROVASCULAR FEMORAL HASTA EL FEMUR LUEGO SE REALIZA DISECCION CON PINZAS DEL PAQUETE SE DISECA VENA Y ARTERIA SE REALIZA CLIPAJE CON PINZAS VASCULARES Y SE LIGAN PROXIMALMENTE CON SEDA DOBLE DE MANER A PROXIMAL Y DISTAL Y LUEGO SE REALIZA CON LA VENA SE VERIFICA HEMOSTASIA,*

LUEGO SE PROCEDE A TERMINAR DE REALIZAR COLGAJO ANTERIOR SE EXPONE FEMUR CON COBB SE DESPERIOSTIZA LUEGO CON SIERRA OSCILANTE SE CORTA MAS PROXIMAL QUE COLGAJO LUEGO SE REALIZA CORTE DE PIEL Y SE CORTA COLGAJO POSTERIOR CON TODOS LOS MUSCULOS POSTERIORES PROTEGIENDO EL PAQUETE RESECANDO ASI LA PIERNA SE ENTREGA ESPECIMEN A INSTRUMENTADORA QUIRURGICA, Y SE PROCEDE A REALIZAR HEMOSTASIA, SE REALIZA LAVADO QUIRURGICO Y LUEGO SE DISECA EL NERVIU CIATICO, SE DECIDE LIGAR ESTE MUY PROXIMAL Y LUEGO SE CORTA DISTALA LIGADURA, SE REALIZA LAVADO QUIRURGICO CON 2000 CC DE SOLUCION SALINA SE REALIZA HEMOSTASIA Y SE PROCEDE A REALIZAR CIERRE DE COLGAJOS MUSCULARES Y LUEGO SUBCUTANEOS CON VICRYL 1-0 Y 2-0 Y LUEGO SE CIERRA PIEL CON PROLENE 3-0 CON PUNTOS SIMPLES, SE CUBRE HERIDA CON APOSITOS Y CON VENDAJE BULTOSO NO COMPLICACIONES SANGRADO 100 CC SE PASA PACIENTE A CAMILLA SE HABLA CON FAMILIARES» (SIC)

Dicho hecho dañoso, tiene el carácter de antijurídico, pues se trata de la afectación a un derecho fundamental protegido por el ordenamiento jurídico, cuya lesión no encuentra justificación legal. En efecto, a la integridad física y a la salud, como derecho inherente e inalienable a la persona es inviolable, y se constituye en el presupuesto esencial para la realización de los demás derechos, protegido por la Constitución Política.

**a. Imputación.** El análisis respectivo establece la existencia del primer elemento de la responsabilidad, se abordará para determinar si el daño puede imputarse a las entidades demandadas y, por lo tanto, si surge para ella la obligación jurídica de resarcir los perjuicios causados.

Teniendo en cuenta que este caso se pretende la declaratoria de responsabilidad del Estado por falla en el servicio por la presunta culpa del Hospital del Sarare y Saludcoop EPS, se destaca que el Consejo de Estado, de cara a este tema, ha indicado:

*«La Sala reitera que la falla probada del servicio es el título de imputación aplicable a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. (...) [L]a jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen. El demandante debe, pues, demostrar el daño, la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido. A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente. Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia.»<sup>23</sup>.*

Conforme a lo anterior, en el caso sub examine, la imputación se analizará bajo la falla probada del servicio, habida cuenta que en la demanda se plantea que el Hospital del Sarare y Salucoop EPS no realizó un diagnóstico oportuno y también una intervención quirúrgica a tiempo ante la tardía remisión del paciente a una entidad de mayor nivel de complejidad.

En ese sentido, en cuanto a las circunstancias que rodearon la producción del daño, está probado dentro del expediente que:

**a.** El 27 de abril del 2015, ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Antonio de Tame Nazario Rincón Gutiérrez, quien acude al servicio ante la presencia de dolor en la pierna derecha y la realización de heces con sangre. En la descripción de la enfermedad actual, se estipuló en la historia clínica lo siguiente:

*«PACIENTE MAACULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ÚLCERA GASTRICA PARA LO CUÁL LLEVA TRATAMIENTO CON OMPRAZOL, CON ANTECEDENTES DE HEMORRAGIAS DE VIAS DIGESTIVAS HACE +/- 4 AÑOS, CÁNCER*

<sup>23</sup> C.E. Secc III. Subsecc C. Sentencia del 7 de diciembre de 2021. M.P. Guillermo Sánchez Luque. Exp. 50.954

DE HÚMERO DESDE HACE +/- 3 AÑOS PÁRA LO CUÁL ESTUBO RECIBIENDO QUIMIOTERAPIAS, LA ÚLTIMA HACE +/-1 AÑO, DIABETES MELLITUS DE AÑOS DE EVOLUCIÓN PARA LO CUÁL LLEVA TRATAMIENTO CON GLIMEPIRIDA 1 TAB EN AYUNAS E INSULINA NPH 20 UNIDADES EN LA NOCHE. **QUE ES TRAIDO AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIRIENDO DOLOR INTENSO EN PIERNA DERECHA EN ESCALA DE 10/10, QUE VIENE PRESENTANDO DESDE HACE 1 MES PERO CON MAYOR INTENSIDAD EL DÍA HOY. ADEÁS REFIERE QUE A LAS 12:00 AM MIENTRAS FUÉ AL BAÑO PRESENTÓ 2 EPISODIOS EMÉTICOS SANGUINOLENTOS Y 2 DEPOSICIONES CON CARACTERÍSTICAS DE ENTERORRAGIA QUE TIÑEN EL AGUA DE SANGRE, REFIERE HCE 1 UNA SEMANA VIENE PRESENTANDO DOLOR EN EPIGASTRIOQUE MEJORA CON USO DE ANTIACIDOS, NIEGA EPISODIOS»<sup>24</sup> (SIC) (Negrillas no originales)**

En ese mismo día, obra historia clínica del Hospital del Sarare de la cual se concluye que la víctima directa ingresa a las 06:49 a.m. a dicha institución de salud ante remisión realizada por el Hospital San Antonio de Tame. En ese momento, se señaló como análisis clínico el siguiente:

*«paciente con cuadro de hemorragia de vías digestivas quien en el momento se encuentra estable hemodinamicamente, paciente intranquilo, ansioso quien presenta al parecer cuadro de hemorragia de vías digestivas altas y bajas quien se encuentra con infusión de omeprazol, paciente con antecedentes de apendicectomía hace 2 años con dm mellitus en manejo con insulina nph 20 ui+glimepirida en el momento con cifras tensionales elevadas seguramente por dolor paciente quien hace un año presentó cuadro de hvdn quien se encuentra pálido al examen físico con dolor abdominal difuso sin otra sintomatología asociada, se pasa a toma de cuadro hemático, glicemia, electrolitos, y val por cirugía general y med interna. »<sup>25</sup> (SIC) (Negrillas no originales)*

En virtud de lo anterior, se estableció como diagnóstico principal hemorragia gastrointestinal no especificada. A las 09:22 a.m. de ese mismo día, se realiza anotación médica revelando episodio de lipotimia y continuación de frialdad distal y sensación de mareo. Además, presenciaba descomposición metabólica y sangrado activo presuntamente, concluyéndose por parte de los galenos pronóstico reservado:

*«paciente quien continua presentando episodio de lipotimia, con tensiones arteriales en el límite inferior, hipotenso, paciente quien requiere de monitorización continua y mas exhaustiva, motivo por el cual es trasladado a cuidados Intermedios, continua con el manejo medico instaurado previamente, pasar 500 cc de ssn en bolo, en espera de realización de esofagogastroduodenoscopia por parte del dr etelivar para definir manejo con el paciente, paciente con pronostico reservado, se habla con familiares»<sup>26</sup> (SIC)*

En ese sentido, a las 11:20 a.m. ingresa a la unidad de cuidados intermedios del Hospital del Sarare Nazario Rincón Gutiérrez en malas condiciones de salud, con alteración del estado de conciencia, con acidosis metabólica severa y lactato serico elevado, por lo que se consideró al paciente en estado de shock hipovolémico. Ante tal estado clínico, se determinó que era inestable para realizar endoscopia, por lo que resultaba indispensable, antes de la intervención quirúrgica, estabilizar a Nazario Rincón Gutiérrez.

A las 05:16 p.m. del mismo 27 de abril del 2015, se realiza procedimiento de gastroenterología en el que se observa el estómago con abundante contenido alimentario retencional, diagnosticándose hernia hiata e imposibilidad para realizar exploración endoscópica, decidiéndose reprogramar para al día siguiente en la mañana.

A las 10:10 p.m., el médico internista, solicita doppler del miembro inferior derecho para descartar patología arterial<sup>27</sup>. A las 04:45 a.m. del 28 de abril del 2015 el doppler del miembro inferior derecho se encontraba pendiente. A las 11:00 a.m. de ese mismo día se suspende eco doppler arterial de miembro inferior derecho ya que el posible dolor presuntamente es a causa de nueva lesión de plasmocitoma, por

---

<sup>24</sup> FI 193 Ord 01 ED

<sup>25</sup> FI 73 Ord 02 ED

<sup>26</sup> FI 79 Ord 02 ED

<sup>27</sup> FI 91 Ord 02 ED

lo que se decide estudio diferido<sup>28</sup>. En este momento cabe agregar que en la historia clínica aportada no obra referencia del momento en que se realiza el eco doppler, pero, se puede inferir que este se realizó entre las 04:45 a.m. y las 11:00 a.m. por virtud en las anotaciones realizadas en la historia clínica.

Hacia las 4:40 p.m. del 28 de abril del 2015 se realiza nuevamente el procedimiento de gastroenterología, concluyendo hernia hiatal, ulcera duodenal y no sangrado activo ni reciente. A las 06:34 p.m., se anota lo siguiente:

*«PACIENTE EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS CON DX ANOTADOS, CON EVOLUCION ESTACIONARIA, SIN ALTERACIONES HEMODINAMICAS NI RESPIRATORIAS, SIN NUEVOS SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO, **DEBIDO AL ALTO RIESGO DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA SE DECIDE CONTINUAR MANEJO EN LA UNIDAD, SE CONTINUARA MANEJO MEDICO ACTUAL SIN CAMBIOS HASTA NUEVA VALORACION MEDICA, SE SOLICITAN PARACLINICOS CONTROL 4 AM**»<sup>29</sup> (SIC) (Negrillas no originales)*

El 29 de abril del 2015 se sigue presentando frialdad de miembro inferior derecho desde la región poplítea, con sospecha de arteriopatía oclusiva periferia<sup>30</sup>. A las 10:00 a.m. nuevamente se solicita eco doppler arterial<sup>31</sup>. Una vez realizado el eco doppler, se concluye a las 05:25 p.m. trombosis aguda femoro. poplítea y tibial derecha, ordenándose por el médico tratante remisión mediante avión ambulancia a cirugía vascular:

*«PTE CON DX ANOTADOS EN EL MOMENTO NORMOTENSO SIN REQUERIMIENTO DE VASOPRESOR EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO AUN EN DESCOMEPNSACION METABOLICA POR HIPERGLICEMIA, SE RALIZA ECO DOPPLER DONDE EVIDENCIA TROMBOSIS AGUDA FEMORO-POPLITEA Y TIBIAL DERECHA SIN FLUJO COLATERAL EN PIERNA Y PIE. SE COMENTA CON MEDICO INTERNISTA DE TURNO DR CASTILLO QUIEN INDICA PTE EN EL MOMENTO CONTRAINDICADO COAGULACION PLENA POR HVDA SHOa HIPOVOMEICO CON DISMINUCIOND EHB EN 2 DIAS POSTRASFUSION DE GRE 2GR/DL, POR EL CUAL SE INDICA REMISION A CX VASCULAR EN AVION AMBULANCIA DEBIDO A DX, Y ALTO RIESGO DE NUEVA EVOLUCION A SHOCK HIPOVOLEMICO»<sup>32</sup> (SIC) (Negrillas no originales)*

Para el 30 de abril de 2015 el estado de salud del paciente se mantuvo prácticamente igual, sin haberse realizado la respectiva remisión. El 1 de mayo, a las 05:53 a.m., consta en la historia clínica aceptación de remisión por parte del Hospital San Ignacio de Bogotá<sup>33</sup>. A las 09:00 a.m. de ese mismo día se entrega al paciente a médico de avión ambulancia para traslado al Hospital San Ignacio de Bogotá.

Así las cosas, Nazario Rincón Gutiérrez ingresa al servicio de salud del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá el 1 de mayo del 2015, donde se refiere lo siguiente:

*«Paciente con clínico de 8 días de evolución consistente en epiasgtrlagia moderada que se acompaña de múltiples episodios de hematoquecia y melenas ingresa a hospital de saravena Arauca donde consiran HVDA donde encientyra Hb en 6gr recibiendo trasnfusuion de 2 UGRE (27 de abril) con mejoría aprical con nueva anemia a los dos días que requirio nueva trasnfusuion de 2UGRE (29 de abril) con ultiam Hb de 9, Segun Hc se realizao EVDA la cual evidencia ulcera dudodenal sin estigmas de sangradoa ctivo ni antiguo, fue manejado con omeprozol IV, en el moemtno no ha rpesetado depsoeisona desde ahce dos días no hematemnesisi, no dolor adbominal, Asociado a esto en remisiso se decomuenta doppller de MID que evidencai trombosis femoropoplitea y tibiald erecha sin flujo colateral. durante su tralado presneta fiere la cual manejan con dipirona»<sup>34</sup>*

Como plan de manejo ante su cuadro clínico se decide realización de paraclínicos, suministros de antibiótico y manejo por parte de cirugía vascular. Para el 3 de mayo del 2015, se trataba al paciente de

<sup>28</sup> FI 97 Ord 02 ED

<sup>29</sup> FI 103 Ord 02 ED

<sup>30</sup> FI 107 Ord 02 ED

<sup>31</sup> FI 109 Ord 02 ED

<sup>32</sup> FI 111 Ord 02 ED

<sup>33</sup> FI 151 Ord 02 ED

<sup>34</sup> Ord 03 ED

forma multidisciplinaria por las áreas de ortopedia y cirugía vascular, las cuales determinaron la amputación del miembro inferior derecho para el 4 de mayo del 2015.

Efectivamente, en esta fecha, se realiza el procedimiento quirúrgico a la víctima directa, conllevando, la pérdida de su pierna derecha:

*«SE REEALIZA AMPUTACION SUPRACONDICLEA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, NO COMPLICACIONES. CONTINUA MANEJO ANALGESICO CON ACETAMINOFEN Y MORFINA, CEFAZOLINA, HEMOGRAMA EN 6 HORAS, ENOXAPARINA 40 MG DIAS, CURACION. PACIENTE CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, SOMNOLIENTO PERO RESPONDE AL LLAMADO, NO DESORIENTACION, NO DELIRIUM. »<sup>35</sup>*

Finalmente, el 15 de mayo del 2015, se ordena el egreso de Nazario Rincón Gutiérrez del Hospital Universitario San Ignacio ante la mejoría de su estado de salud.

**b.** De lo corroborado en la historia clínica, se tiene que Nazario Rincón Gutiérrez presentaba un dolor intenso desde hace un mes en su pierna derecha, sin embargo, este acudió a los servicios de salud solo hasta el 27 de abril del 2015, fecha, en la que además de sentir un fuerte dolor en la zona ya señalada, también presentaba un cuadro clínico de salud complejo en razón a sus enfermedades de base.

A pesar de que en un inicio fue atendido en el Hospital San Antonio de Tame, por su grave estado de salud fue remitido al Hospital del Sarare del municipio de Saravena, lugar, en donde desde el 27 de abril del 2015 se identificó la frialdad y palidez del miembro inferior derecho. No obstante, en virtud de la historia clínica se puede observar que los primeros esfuerzos médicos realizados por el personal que laboraban allí se concentraron en estabilizar hemodinámicamente al paciente, quien, presentaba shock hipovolémico y hemorragia por vía digestiva.

Lo anterior no quiere decir que el personal asistencial haya olvidado o desatendido la sintomatología presentada en el miembro inferior derecho, ya que, el mismo el 27 de abril del 2015, el médico tratante ordenó el eco doppler, el cual se realiza al día siguiente y se suspende ese mismo día ya que el dolor presuntamente es a causa de nueva lesión de plasmocitoma. Por tanto, se difiere la realización del estudio para tener resultados más certeros.

Teniendo en cuenta que la frialdad del miembro inferior derecho persistía, el personal asistencia solicitó el 29 de abril del 2015 nuevamente la realización del eco doppler y a las 02:55 p.m. de ese día, diagnosticaron trombosis aguda en la pierna derecha. En ese instante, se ordena la remisión a cirugía vascular, procedimiento que no tenía habilitado el Hospital del Sarare.

La remisión se logra hacer efectiva dos (2) días después, es decir, el 1 de mayo del 2015, y tres (3) días después, en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá se realiza la amputación de la pierna derecha de la víctima directa. Con base en estas situaciones fácticas acreditadas y el resto de pruebas practicadas, corresponde al despacho determinar si el daño antijurídico es imputable a las entidades demandadas.

**c.** Dentro del plenario, obra el testimonio técnico de Etelivar Torres Vargas, médico internista, quien para la época de los hechos, atendió a la víctima directa y que resulta de relevancia probatoria en el presente caso ante el conocimiento directo de los hechos y su formación académica. En ese sentido, lo primero que debe analizar el despacho es si el diagnóstico de trombosis en la pierna derecha de Nazario Rincón Gutiérrez fue inoportuno. Para ello, es necesario, inicialmente, contextualizar el estado de salud en el que se encontraba el paciente, que en palabras del único testigo traído al proceso era el siguiente:

*«Sírvese manifestarle al despacho, ¿cuál era, si recuerda, cuál era la patología del paciente Nazario Rincón Gutiérrez al ingreso al Hospital del Sarare el 27 de abril del 2015?»*

<sup>35</sup> Ord 03 ED

R/ (...) Bueno, para darle respuesta a su primera pregunta ya tengo la información (...) el señor Nazario Rincón Gutiérrez cuando llega al servicio de urgencias llega clínicamente en un estado de shock hipovolémico, shock hipovolémico en el contexto de una hemorragia de vías digestivas altas referidas en el médico que lo atiende en primera instancia como melenas, es decir, heces oscuras durante tres días previos, es decir, había evidencia de tres días previos de sangrado digestivo alto, ese sangrado digestivo alto lo lleva a un estado de shock hipovolémico. Además, el señor Nazario tenía un antecedente de un plasmocitoma en el 2014, creo que tenía el antecedente del plasmocitoma en el hombro derecho, es un tipo de tumor, cáncer, que requirió una serie de quimioterapias que no están relacionadas cuánto ciclos de quimioterapias ni tampoco que tipo de quimioterapias, pero se puede documentar más adelante. Un paciente previamente diabético, no describe cuántos años llevaba de evolución de la diabetes mellitus, pero era un paciente insulino requiriente, necesitaba uso de insulina y además utilizaba antidiabéticos orales de manera combinada para poder mantener un estado metabólico compensado. Además de esto era un paciente con una historia de hipertensión esencial arterial y lo primero que se evidencia también en la exploración física al llegar es que era portador de un arteriopatía periférica de predominio derecho, ese es el estado general en primera instancia. Que ocurre, como consecuencia de esa hemorragia de vía digestivas altas y ese estado de shock hipovolémico y ese estado también de alteración metabólica, el paciente hace una acidosis metabólica que en algún momento se planteó la posibilidad de una acidosis láctica, esta es, una complicación tanto de la diabetes como también de la hemorragia de vía digestivas, esto obviamente genera una serie de consecuencias sobre todo hemodinámicas que fue lo que evidenciamos en este paciente, un paciente chokeado, significa que tiene tensiones arteriales por debajo de 80 con 40, paciente que no revirtió su estado de shock con la reposición de volumen que es una forma rápida de sacar a los pacientes del estado de shock, es la reposición de volumen, este paciente no respondió al volumen y hubo necesidad de aportarle entonces medicamentos vasopresores para ayudar a mantener cifras tensionales en unas medias aceptables todo este manejo se llevó a cabo en la unidad de cuidados intermedios del Hospital del Sarare, porque el Hospital del Sarare no tiene unidad de cuidados intensivos pero se le dio un manejo que es de cuidado crítico en la unidad de cuidados intermedios, en ese momento yo estaba cumpliendo funciones en el hospital como endoscopista, de hecho, yo soy quien le realiza las dos endoscopia digestiva altas que se le realizaron, la primera solicitud de endoscopia digestiva alta cuando llega a quirófano es valorado por mí y planteamos un paciente que no está en posibilidades de hacerle una endoscopia digestiva alta por su grado de inestabilidad hemodinámica, un paciente evidentemente con cifras tensionales muy bajas, que requería vasopresores y además de eso tenía signos de hipoperfusión tisular distar, es decir, frialdad en las extremidades, en ambas extremidades a predominio derecho, eso llevó a que tomáramos la decisión devolver al paciente a unidad de cuidados intermedios, estabilizarlo y una vez estabilizado, volvíamos a llevarlo a quirófano para poderle realizar su endoscopia. Se lleva efectivamente horas más tarde a quirófanos, donde hacemos la endoscopia digestiva alta y encontramos que hay abundante contenido de líquido retencional en cavidad gástrica, eso obliga que tengamos que devolverlo nuevamente a la unidad de cuidados intermedios para que se le haga un lavado gástrico, es pasarle solución salina a través de una sonda nasogástrica, lavar, sacar y posteriormente volver a hacerle la endoscopia, se le hace la endoscopia nuevamente en un segundo tiempo y encontramos una ulcera duodenal, ulcera duodenal que fue la responsable de esa hemorragia vía digestiva y entendiendo que las úlceras duodenales realmente son las úlceras que más sangran dentro de las causas de hemorragias de vías digestivas altas, pero ya había una cascada de complicaciones tanto metabólicas como hemodinámicas que eran realmente difícil de parar y difícil de controlar, ¿qué cascada? Pues la cascada desarrollada a partir de esa acidosis metabólica que hizo el paciente, que es una complicación aguda de los dos procesos, tanto en su diabetes como de la hemorragia de vía digestivas. (25:47 min-49:26 min)

¿Cómo era la glicemia del señor Nazario Rincón al momento del ingreso? Y sírvase manifestarle al despacho ¿Qué es glicemia?

R/ La glicemia es las concentraciones de azúcar en sangre, esa glicemia en el paciente cuando llegó estaba catalogada en high, high, es glicemia por encima de 400 miligramos por decilitros, es decir, una franca descompensación metabólica aguda. (49:36 min-50:20 min) » (SIC)

En efecto, de lo atestiguado, y a su vez, de lo descrito en la historia clínica, se tiene que al momento de ingresar al servicio de urgencias del Hospital del Sarare, Nazario Rincón Gutiérrez presentaba una serie de patologías graves que obligó al personal de salud a trasladarlo de forma inmediata a la UCIM. Y si bien, desde un primer momento, los médicos tratantes identificaron la frialdad del miembro inferior derecho, estos dirigieron sus acciones a tratar el shock hipovolémico del paciente asociado a la hemorragia por vía digestivas que presentaba, lo cual ponía en grave riesgo la vida de la víctima directa. Sobre este punto, el testigo técnico dejó en claro lo siguiente:

«De acuerdo al cuadro clínico que presentaba el paciente Nazario Rincón ¿Cuál era la patología urgente a tratar? ¿Se podía darle tratamiento urgente a las dos, la trombosis y la hemorragia? O ¿había alguna prioridad para salvar su vida?»

**R/ Evidentemente, ante un caso como este, pues, genera muchísimas, no contradicciones, pero sí toma de decisiones difíciles en la cual nos vemos avocados los médicos que trabajamos en niveles I, niveles II, como nos encontramos en el departamento de Arauca. Seguramente si hubiésemos estado en un nivel III donde contáramos con cirugía vascular, habríamos actuado también sobre la extremidad, pero ante esto, el actuar fundamental es preservar la vida del paciente, preservar la vida del paciente, implicaba en primer instancia que se logró el objetivo, que era la estabilización hemodinámica, lograr que el paciente tuviera cifras tensionales estables que permitieran la perfusión de órganos vitales como corazón, cerebro, riñón, eso se logró. Se logró que el paciente a pesar de las primeras horas de estar utilizando vasopresores, horas después se hizo el retiro de vasopresores porque se logran buenas tensiones arteriales. Se logró la compensación metabólica del paciente que era el segundo objetivo clave en la atención, logramos que esas cifras de glicemias tan elevadas, llegaran a un rango de normalidad y logramos a su vez que esa descompensación metabólica del paciente y ese trastorno del medio interno como fue la acidosis metabólica también lográramos revertirla. Una acidosis metabólica no revertida tiene un desenlace fatal, entonces, la premisa fundamental, que era, conservar la vida del paciente, se cumplió y para poder preservar la extremidad se requerían de dos actuaciones, una actuación farmacológica que implicaba el uso de antiagregantes, de vasodilatadores arteriales y de uso de anticoagulantes, lo cual estaba absolutamente contraindicado en este caso y la segunda actuación, el uso de endarterectomía arterial que solamente se hace en un lugar donde hay cirugía vascular y nosotros no contamos con esa herramienta en la institución.(55:45 min-58:38 min)**

¿Considera usted que si no se le hubiese dado prioridad a la estabilización del paciente en tanto hemodinamicamente como metabólicamente, se hubiera podido afectar la vida del señor Nazario?

**R/ Totalmente, sino atendemos de manera urgente y prioritaria la estabilidad hemodinámica y metabólica del paciente no tendríamos paciente y no tendríamos tampoco extremidad. (1:06:57 min-1:07:32 min) » (SIC) (Negrillas no originales)**

Para el despacho resulta claro que si bien en un primer momento las actuaciones médicas brindadas por el Hospital del Sarare no se dirigieron a determinar el padecimiento que presentaba Nazario Rincón Gutiérrez en la pierna derecha, esto se encuentra justificado ante la necesidad de salvaguardar la vida del paciente, que para ese momento se encontraba inestable de forma hemodinámica y metabólica. Haber realizado una actuación contraria, es decir, haber dispuestos sus esfuerzos médicos en la sintomatología de la pierna derecha, hubiera supuesto desde el punto de vista médico un peligro eminente para la vida del paciente.

Además, el mismo 27 de abril del 2015, es decir, el día que ingresó al Hospital del Sarare se solicitó el eco doppler por parte de los médicos tratantes, el cual se realizó y suspendió el 28 de abril, pues, posiblemente el dolor presentado era por una lesión de plasmocitoma, patología que ya había presentado el paciente previamente a su ingreso en la institución. Nótese que el estudio del eco doppler se defirió, es decir, se aplazó a fin de supeditar su realización al avance de salud del paciente y en virtud a que posiblemente la sintomatología presentada era a causa de un plasmocitoma. Decisiones médicas fundamentadas y no al capricho o arbitrio del personal de salud.

Finalmente, el 29 de abril del 2015, se realiza el eco doppler y se diagnóstica lo sufrido por el paciente en la pierna derecha, es decir, aproximadamente dos (2) días después de haber ingreso al Hospital del Sarare. Ahora bien, sobre este punto, el testigo técnico dijo:

«En la demanda se menciona que (Lee unos de la demanda sobre el retiro del doppler) Al respecto de esa afirmación que hace la parte demandante ¿qué tiene que decir al respecto?»

**R/En primera instancia la realización del eco doppler arterial no cambia en absolutamente nada el desenlace o la evolución del caso, clínicamente ya estaba definido que el paciente era portador de una arteriopatía periférica, existía también el antecedente del plasmocitoma, sin embargo, el realizar o no realizar el doppler no era realmente lo fundamental, ya clínicamente había claridad sobre el problema subyacente, aquí que era lo prioritario, lo prioritario era, vuelvo e insisto, en el control hemodinámico del paciente, en el control metabólico del paciente, porque llevar un paciente, la realización de un eco doppler arterial implica un buen tiempo de realización del estudio, no es un estudio que se haga de manera muy rápida, y no solamente no se hace de manera muy rápida sino que además cuando usted**

*tiene un paciente que está con un uso de vasopresores arteriales pues nos induce también a error diagnóstico, por esa razón, también, para poder hacerle un eco doppler a un paciente tenemos que tener certeza de que el paciente no está bajo efecto vasopresor, porque se entenderá que lo que vamos a ver es el doppler es el estudio del flujo en el vaso sanguíneo, si tenemos un vasopresor, ese vaso va estar más o menos ocluido para poder mantener presiones arteriales medias, entonces eso nos va inducir por su puesto a error. Puede ser esa la causal por la cual se defiere, se deriva el estudio, es decir, significa, el estudio no lo hacemos ahora, pero lo hacemos más adelante cuando tengamos las condiciones óptimas para realizarlo diferido (...). (1:01:44 min-1:05:26) » (SIC) (Negrillas no originales)*

Aunado a lo argumentado, la realización del eco doppler dependía de la desaparición de los efectos provocados por el uso de los vasopresores, los cuales se suministraron al paciente para tratar el shock hipovolémico, patología que resultaba urgente para la vida del paciente como quedó descrito en acápites anteriores. Es por eso también, que el eco doppler se difiere para el 29 de abril, pues, de lo contrario, las probabilidades de que los vasopresores influyera en los resultados era alta, lo que suponía, a priori, un diagnóstico errado para los profesionales de la salud que estaban tratando el caso.

Por consiguiente, una vez las condiciones de salud del paciente lo permitieron, se realizó el eco doppler y se pudo tener certeza del diagnóstico del paciente frente a la sintomatología que presentaba en la pierna derecha. Esto quiere decir que el diagnóstico del paciente fue oportuno, ya que, inicialmente, las acciones médicas se encaminaron a salvaguardar la vida del paciente ante el shock hipovolémico, y una vez asegurado esto, era fundamental que los efectos de los vasopresores desaparecieran, a fin de tener certeza de los resultados del eco doppler.

Cabe destacar que el paciente se estabiliza 72 horas después de haber ingresado al servicio de urgencia, como lo exaltó el testimonio rendido:

*«Por favor precísenos ¿Cuánto tiempo se tardó digamos el equipo médico de urgencias en estabilizar al paciente una vez ha ingresado en el estado de shock que usted mencionó ingresó?  
R/ 72 horas. (1:16:18 min-1:18:29 min) »*

En conclusión, las afirmaciones realizadas por el demandante en su escrito sobre la inoportunidad del diagnóstico no se encuentran acreditadas, ya que, por el contrario, y conforme a las pruebas practicadas, se avizora que el diagnóstico que conllevó a su remisión a una entidad de mayor nivel de complejidad, sucedió dentro de los términos médicos.

**d.** Por otro lado, corresponde a este juzgado determinar si el daño es imputable a Saludcoop EPS en razón a que se demoró en realizar la remisión del paciente a una institución de salud que tuviera habilitado el servicio de cirugía vascular. Es importante recordar que la remisión se ordenó el 29 de abril del 2015 y esta se realizó el 1 de mayo del mismo año. Al respecto, el testimonio rendido en la audiencia de pruebas sostuvo sobre este punto lo siguiente:

*«Si el paciente hubiese sido remitido a cirugía vascular por, digamos, si se hubiese logrado conseguir el lugar por parte de la EPS, se hubiese podido, entendiendo obviamente las dificultades probabilísticas que se pueden anticipar, pero, en su opinión, digamos de especialista, más si tiene conocimiento en medicina interna, y que trató este caso, ¿se hubiese podido salvar la extremidad derecha del demandante o tal vez por la misma situación, el mismo cuadro clínico que traía, el resultado probablemente hubiese sido el mismo?»*

*R/ Pienso que con mucha dificultad se pudo haber salvado, y, pensaría que prácticamente el resultado sería igual, ¿por qué? Porque ante una artereopatía crítica usted no tiene un margen mayor de 12 a 24 horas para actuar, para poder salvar la extremidad y si vamos a llevar a eso a un terreno de posibilidades reales de desplazamiento del paciente, pues, poder desplazar un paciente y más entendida la hora que llega el paciente, sí, ¿a qué horas llega el paciente? Creo que llega en horas de la tarde noche (...) acá dice hora de llegada, valoración por medicina interna 11:13 a.m., 11:13 a.m. que las cosas operativamente hubiesen sido, funcionado, hubiesen funcionado a la perfección difícilmente se hubiese dado el desplazamiento, porque los desplazamientos en avión ambulancia lo realizan normalmente hasta las 02:00 p.m., 04:00 p.m. el desplazamiento más tarde que he visto de un paciente en avión ambulancia, es decir, técnicamente hubiese sido imposible, y aun suponiendo que el paciente se hubiese podido desplazar a las 02:00 p.m. de Arauca a Bogotá para que llegué a Bogotá a las manos de cirujano vascular, es realmente*

*algo hipotéticamente imposible, siendo honestos, es algo desde el punto de vista práctico es imposible haber resuelto el problema antes de 12 horas, que es realmente el tiempo de margen que uno tiene para actuar en estos casos, pasa igual que con un infarto, un infarto agudo en el miocardio si el paciente no llega antes de las 12 horas a la institución para poder trombolizarlo es imposible poder trombolizar al paciente, ya después de ese tiempo lo que queda es esperar y llegar obviamente el momento de poderle hacer su angioplastia, aquí más o menos opera de manera similar, es el tiempo de ventana que tenemos para poder actuar, entonces, en este caso, **pues, con honestidad digo que el resultado, aunque hubiéramos podido remitir en las siguientes 12, 24 horas iba ser prácticamente lo mismo, con una agravante, que es que el traslado se iba dar en unas condiciones de mayor riesgo para el paciente, recordemos que es un paciente inestable hemodinamicamente y también inestable desde el punto de vista metabólico, y un traslado por rápido que se haga se hace por un lapso de 3 a 4 horas, desde que sale del hospital hasta que llegue al hospital receptor y un traslado de 4 horas en un paciente hemodinamicamente estable, pues, genera obviamente mucho más riesgo, por eso, nunca a nosotros nos permiten trasladar un paciente que este hemodinamicamente inestable, eso nunca va pasar, siempre que llegue el personal médico del avión ambulancia a realizar el traslado, lo primero que se verifica es el estado hemodinámico del paciente, si el paciente no está estable, no se traslada.** (1:11:14 min-1:16:16 min) » (SIC) (Negrillas no originales)*

Desde esa perspectiva, la remisión inmediata del paciente para el servicio de cirugía vascular ofrecido por el Hospital San Ignacio de Bogotá no fuera evitado el daño representado en la pérdida de la extremidad inferior derecha. En este punto se itera, que el cuadro clínico que presentaba la víctima directa implicó inicialmente para los profesionales de la salud tratar el shock hipovolémico que presentaba y posteriormente, redireccionar sus acciones en la frialdad y dolor presentado en el miembro derecho. Ello resulta trascendental, porque, sin la estabilización del paciente desde el punto de vista hemodinámico y metabólico era inviable realizar el traslado de Nazario Rincón Gutiérrez a la ciudad de Bogotá. Por consiguiente, teniendo en cuenta que para evitar la pérdida de la pierna derecha se debía remitir entre 12 y 24 horas después de presentarse la patología, y que el traslado solo podía realizarse previamente estabilización del paciente, lo cual viene a suceder después de 72 horas, es indudable que la referencia inmediata de Rincón Gutiérrez en nada hubiese cambiado el resultado.

Además, es relevante traer a colación que dentro de la historia clínica se observa que los síntomas presentados en la pierna derecha por parte de Nazario Rincón Gutiérrez venían manifestándose desde hace un mes, aspecto que *a priori* deja entrever una falta de desatención propia por parte del demandante, que ante su enfermedad de base, diabetes mellitus, del cual tenía pleno conocimiento, debió ser más acucioso, a fin, de salvaguardar por su salud. El numeral 1 del artículo 160 de la Ley 100 de 1993 señala como deberes de los afiliados al sistema de salud « *Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.* »

En efecto, el despacho desconoce, ante la débil actividad probatoria del demandante, si la pérdida de la pierna derecha por parte de Nazario Rincón Gutiérrez se dio por culpa exclusiva de la víctima en virtud de que no acudió al sistema de salud de forma oportuna, pues, hace un mes presentaba un dolor en la pierna derecha o por la realización de la remisión dos (2) días después de haberse ordenado por parte de Saludcoop EPS. Frente a esta última situación, el testigo técnico practicado en el proceso, fue contundente que un traslado inmediato una vez ordenado por el médico tratante en nada fuera cambiado el resultado.

Por consiguiente, no es posible endilgarle responsabilidad en la consumación del daño antijurídico a la entidad promotora de salud a la que se encontraba afiliado el accionante.

**e.** La tesis planteada en la demanda por el sujeto activo de la litis no está llamada a prosperar, máxime, cuando no realizó la actividad probatoria necesaria para demostrar que la prestación del servicio en salud por parte de las entidades demandadas originó el daño. Ello implica señalar la deficiencia probatoria en el presente asunto, que nubla el principio procesal denominado *onus probandi incumbit actori*

*«Por regla general, a la parte interesada le corresponde probar los hechos que alega a su favor para la consecución de un derecho. Es este postulado un principio procesal conocido como 'onus probandi, incumbit actori' y que de*

*manera expresa se encuentra previsto en el artículo 177 del C.P.C. Correlativo a la carga del demandante, está asimismo el deber del demandado de probar los hechos que sustentan su defensa, obligación que igualmente se recoge en el aforismo ‘reus, in excipiendo, fit actor’. A fin de suplir estas cargas las partes cuentan con diversos medios de prueba (...)»<sup>28</sup>.*

Bajo el panorama probatorio antes descrito, el daño padecido por el demandante, consistente en la pérdida de la pierna derecha, no puede imputarse a las demandadas, pues, no se acreditó con certeza o al menos con algún grado de probabilidad, si existió una inoportunidad en el diagnóstico o en la remisión del paciente y si ello fue relevante en el desenlace final del daño antijurídico.

**3.9. Costas procesales.** Acerca a la condena en costas, este despacho se abstendrá de condenar en costas a la demandante, como quiera que en el plenario no existe certeza sobre la causación de estas y tampoco se lograron acreditar.

La anterior postura, en razón a que el Consejo de Estado en Sentencia de fecha 27 de agosto del año 2015, bajo el expediente identificado con el N°. 680012333000 2012 00404 01 (0432 - 2014), emitida por la Sección Segunda Subsección B de la Sala de lo Contencioso Administrativo, aclaró que la condena en costas a cualquiera de las partes no puede ser automática, sino que debe corresponder a lo previsto por el artículo 365 del Código General del Proceso - CGP, es decir, que solo habrá lugar a ellas cuando en el proceso aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

En mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Tercero Administrativo de Arauca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

### RESUELVE

**PRIMERO: NEGAR** las pretensiones de la demanda interpuesta por los demandantes, en contra del Hospital del Sarare y Saludcoop EPS, conforme lo explicado en la parte motiva.

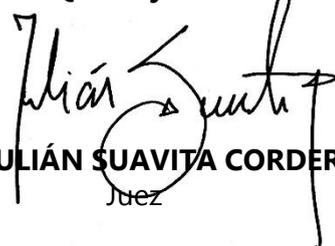
**SEGUNDO: EXONERAR** de condena en costas a la parte vencida por lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

**TERCERO: NOTIFICAR** la presente sentencia, conforme lo consagra el artículo 203 del CPACA.

**CUARTO:** Una vez ejecutoriada la presente sentencia, **ARCHIVAR** el expediente y previamente **DEVOLVER** a la parte demandante, el remanente de los gastos del proceso, si a ello hubiere lugar.

**QUINTO: ORDENAR** a Secretaría efectuar los registros pertinentes en SAMAI.

### NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE

  
**JOSÉ JULIÁN SUAVITA CORDERO**  
Juez